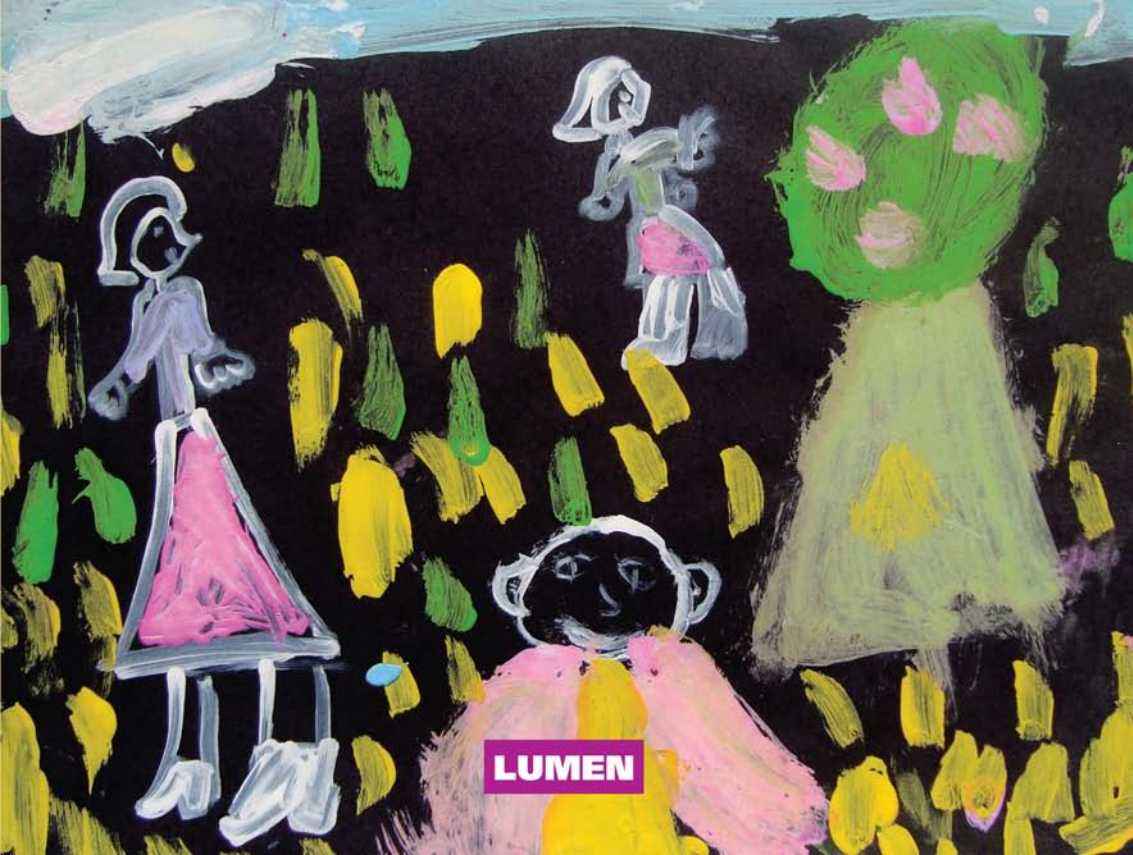


Anne Bannister

# TERAPIAS CREATIVAS CON NIÑOS TRAUMATIZADOS



LUMEN





**Anne Bannister**

# **Terapias creativas con niños traumatizados**

**LUMEN**

Grupo Editorial LUMEN

Buenos Aires - México

Título original:

*Creative Therapies with Traumatized Children.*

(c) Anne Bannister, 2003.

Publicado por Jessica Kingsley Publishers, Londres, Inglaterra.

Traducido por: Luisa Lassaque

Bannister, Anne

Terapias creativas con niños traumatizados. - 1.<sup>a</sup> ed. -

Buenos Aires : Lumen, 2012.

256 p. ; 22x15 cm.

Traducido por: Luisa Fernanda Lassaque

ISBN 978-987-00-0991-7

1. Terapias Artísticas. 2. Abuso Sexual Infantil. I.

Lassaque, Luisa Fernanda, trad. II. Título

CDD 615.851 5

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni su transmisión de ninguna forma, ya sea electrónica, mecánica, por fotocopia, por registro u otros métodos, ni cualquier comunicación pública por sistemas alámbricos o inalámbricos, comprendida la puesta a disposición del público de la obra de tal forma que los miembros del público puedan acceder a esta obra desde el lugar y en el momento que cada uno elija, o por otros medios, sin el permiso previo y por escrito del editor.

© Editorial y Distribuidora Lumen SRL, 2012.

Grupo Editorial Lumen

Viamonte 1674, (C1055ABF) Buenos Aires, República Argentina

Tel. (54-11) 4373-1414 • Fax (54-11) 4375-0453

editorial@lumen.com.ar

www.lumen.com.ar

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Todos los derechos reservados

LIBRO DE EDICIÓN ARGENTINA

PRINTED IN ARGENTINA

## AGRADECIMIENTOS

El proceso que condujo a la escritura de este libro y la investigación doctoral que lo precedió jamás habrían sido posibles sin la ayuda y el apoyo de muchas personas. En primer lugar, agradezco al profesor Colin Robson y al profesor Nigel Parton, de la Universidad de Huddersfield, por sus consejos expertos y su constante aliento. Me siento muy agradecida a la Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad con los Niños (NSPCC), por haber brindado el alojamiento necesario para la investigación sobre el trabajo de grupo, y a mis colegas, los doctores Alex Leith, Helen Landowski, Louise Brown, Baseer Mir, Tim Woodhouse, Steve Towers, Janice Wilson y Sam Heywood, por su ayuda experta en el trabajo práctico. Además, agradezco a Eileen Gallagher por su excelente supervisión, y al doctor John Casson por su creatividad.

También deseo agradecer a Di Gammage, Enid McNeill y Anna Jacobs, quienes contribuyeron a la investigación con sus puntos de vista, al personal de la biblioteca de la NSPCC, Oficina Central, Londres, y a la biblioteca de la Universidad de Huddersfield, por su respaldo profesional. Otras personas que aportaron sugerencias muy útiles fueron las profesoras Anne Ancelin Schutzenberger, Brenda Meldrum y Alison Wales.

Reconozco que jamás habría acometido este trabajo sin el apoyo previo de todo el personal de asistencia social y administración que trabajó a mi lado en la NSPCC.

Mi más sentido agradecimiento, por supuesto, a todos los niños y jóvenes, sus padres y cuidadores, sus asistentes sociales y sus maestros, que han colaborado conmigo durante la investigación y en el trabajo previo con casos. De ellos he aprendido muchísimo.

Por último, el respaldo activo de mi querido esposo, Stan, ha constituido el estímulo que me ha alentado a lo largo de todo mi trabajo. A él y a mis propios hijos y nietos está dedicado este trabajo.

**Nota**

A fin de proteger la identidad de los niños y de los jóvenes mencionados en este libro, no se han empleado sus verdaderos nombres. Además, algunos datos de sus historias pueden haber sido cambiados, en caso de que pudiesen conducir a su identificación.





# **CAPÍTULO I**

## **Cómo evolucionó el modelo regenerativo**



## Los “cimientos” del modelo regenerativo

Los efectos del trauma sobre el desarrollo de niños pequeños no fueron comprendidos en su totalidad hasta que la sociedad descubrió el punto hasta el cual los niños eran abusados sexualmente. De la misma forma en que se incrementó el conocimiento respecto del abuso sexual de niños durante las últimas dos décadas del siglo pasado, creció nuestra comprensión del daño que se producía al desarrollo de los niños. En mi calidad de agente judicial de vigilancia, durante el año 1975, me encontré trabajando con adolescentes, llamados “delincuentes”, tanto niños como niñas, algunos de los cuales también me contaron sobre el abuso físico y sexual que habían sufrido a temprana edad. Los vínculos existentes entre el abuso (que, en raras ocasiones, había sido denunciado o confirmado) y la conducta derivada parecían ser obvios, pero existían muy pocas investigaciones al respecto. La relación con el abuso físico fue negada de manera enfática por los padres abusadores, quienes, si admitían dicho abuso, declaraban que se trataba de un castigo justificado por la mala conducta. En ese momento, el abuso sexual era un tema del que se hablaba muy poco, ya que los niños sólo lo comentaban a través de alusiones, los padres lo negaban y, con frecuencia, también la sociedad en general. Asimismo trabajé con pedófilos, pero la índole compulsiva de su conducta no era reconocida

tiempo atrás, y se consideraba que ningún tratamiento era efectivo.

Sin embargo, cuando proliferó la investigación en este tema, también comenzaron a abundar las publicaciones. Herman (1981) aportó una postura feminista a la cuestión del incesto padre-hija, y Sgroi (1982) introdujo una perspectiva médica al trabajo con sobrevivientes. Finkelhor (1984) habló acerca de la investigación y la teoría de una manera práctica, y arrojó algo de luz sobre las motivaciones de los abusadores, mientras que Alice Miller (1987) habló sobre la psicoterapia e hizo hincapié en el daño psicológico causado por el abuso. Al trabajar en la actualidad para la NSPCC, me di cuenta de que hay tres vínculos entre la conducta físicamente abusiva de algunas mujeres para con sus hijos y su propio abuso corporal y sexual temprano, tras lo cual publiqué un trabajo científico sobre dicho tema con mi colega, Alan Prodgers (Bannister y Prodgers, 1983). Muchas de las madres jóvenes con las que trabajé tenían antecedentes de abuso físico y sexual por parte de sus propias familias, y otras habían sido severamente descuidadas durante su infancia.

El hecho de mantener contacto con grupos de Crisis de Violación y de trabajar con grupos de apoyo para mujeres que habían sufrido abusos sexuales me abrió los ojos a un panorama más amplio respecto del alcance del daño y las repercusiones permanentes en la segunda y la tercera generación. También finalicé un entrenamiento como psicodramatista y dramaterapeuta, y trabajé en grupos terapéuticos con muchas mujeres abusadas. Comencé a incorporar la terapia del juego a mi trabajo con niños abusados, motivo por el cual fui influenciado por los trabajos de Moreno (1977), Jennings (1975) y Axline (1969). La teoría de Moreno sobre la evolución del niño desempeña un papel clave en la práctica del psicodrama, pero no fue sino hasta más tarde que me di cuenta de que éste también era esencial para mi com-

preensión de los efectos del abuso sexual en los niños pequeños.

## **El ensamblaje del modelo regenerativo**

Algunos aspectos de mi modelo ya existían cuando emprendí la tarea de formar un nuevo equipo con la NSPCC, específicamente para incrementar el conocimiento del abuso sexual en niños y, además, para trabajar en el plano terapéutico con niños y familias donde dicho abuso ya había tenido lugar. Mi propio trabajo práctico con jóvenes traumatizados y con adultos abusadores influyó en la experiencia de las otras personas que formaban el grupo. De nuestras discusiones y desacuerdos, emergió una comprensión sociológica de las razones por las cuales el abuso sexual en niños era prevalente en nuestra sociedad. Sabíamos que en el desequilibrio de poder se encontraba en la raíz del abuso sexual infantil. Algunos integrantes del equipo estaban familiarizados con las terapias creativas y con ciertas teorías sobre el desarrollo infantil que mencioné en párrafos anteriores. Sin embargo, el grupo necesitó algún tiempo para dar cuenta del alcance pleno del daño causado por el abuso en la niñez temprana dentro de la familia y reconocer que existían ciertas circunstancias en las cuales dicho daño inicial podría haberse suavizado (por ejemplo, por haber tenido el apoyo de los abuelos).

Un equipo creativo es más que la suma de sus partes. El nuestro estaba formado por asistentes sociales, administradores, un psicodramatista, un dramaterapeuta y un terapeuta del juego. El grupo fue variando, pero la combinación de distintas capacidades siguió siendo casi siempre constante. Cada uno de nosotros aportó su pericia, su experiencia, algún conocimiento sobre el abuso infantil, tanto en el plano físico como en el emocional y el sexual. El trabajo cons-

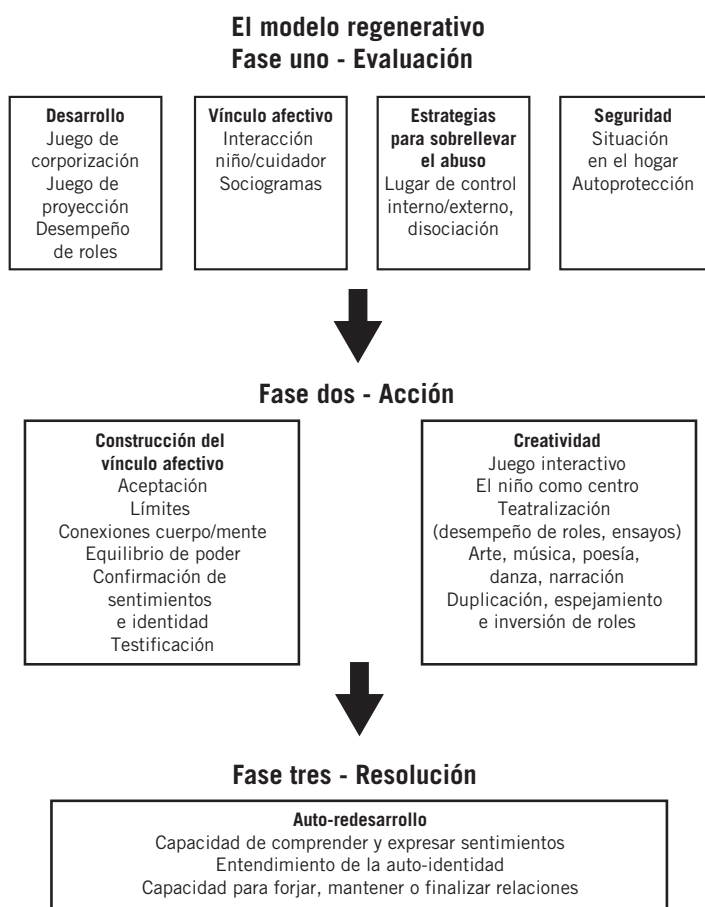
tante con niños profundamente traumatizados generó que los miembros del equipo nos apoyáramos los unos a los otros. También entrenábamos a nuevos integrantes del equipo, además de a otros grupos, por lo cual debíamos mantenernos al corriente del cúmulo de información sobre trauma sexual que descubríamos de continuo. Nos encontrábamos a intervalos regulares como equipo y compartíamos nuestra capacidad, conocimiento y experiencia. Comentábamos nuestras ideas, esperanzas y miedos. Sin embargo, nuestras habilidades eran difíciles de medir. Era claro que los niños abusados respondían a nuestra atención, pero no resultaba tan patente que ellos se beneficiaran con nuestro trabajo, y de qué forma sucedía eso. Las personas que cuidaban de los niños afirmaban con frecuencia que las conductas infantiles “difíciles” se habían reducido, que la comunicación entre ellos y los niños había mejorado, y que éstos esperaban con ansias el momento de tener sus sesiones de terapia, si bien reiteradamente liberaban sentimientos dolorosos y hostiles. A veces, su conducta parecía regresiva, y a los cuidadores les resultaba difícil lidiar con niños de diez años que deseaban que los abrazara y arrullara luego de haber tomado contacto con su propia vulnerabilidad en una sesión.

Me encontré formulándome preguntas que no podía responder:

- *¿Qué* hacía exactamente el terapeuta en una sesión de terapia creativa con un niño sexualmente abusado?
- *¿De qué manera* afectaba esto al niño, y cómo cambiaba su conducta (si en verdad lo hacía)?
- Si producía un efecto perdurable en el niño, *¿por qué* sucedía esto?

El intento de responder estas preguntas fue el objeto de la investigación que emprendí tiempo después. Una idea liminar que sí tuve desde el principio fue la siguiente: me di

cuenta de que en ese “compartir creativamente” del grupo, estábamos generando un “adicional” a las habilidades y experiencias individuales con que ya contábamos. Existían semejanzas en los estrechos lazos que forjamos con los otros integrantes de equipos y los vínculos terapéuticos que establecimos con los niños. Durante nuestras sesiones de grupo, evaluábamos y modificábamos nuestra propia práctica, de la misma forma en que los niños parecían evaluar y mudar su propia conducta en las sesiones de terapia.



*Figura 1.1. Un modelo para trabajar con niños que habían sido sexualmente abusados*



Llamábamos a nuestro trabajo “enfoque interactivo” porque los niños y los terapeutas tenían el mismo valor en el trabajo; y la “acción” —es decir, el juego— era clave para la terapia. No tardamos en darnos cuenta de que, sin embargo, algunos niños parecían tener una capacidad menor para obtener beneficios de la terapia. Observamos nuestra propia vulnerabilidad dentro del equipo terapéutico, y supimos que no podríamos contribuir de una manera integral a nuestro debate a menos que nos sintiéramos a salvo del juicio condenatorio de los demás. Entonces, tomamos como premisa que los niños sentían lo mismo en terapia. También advertimos que necesitábamos ayuda de personas ajenas al grupo (familiares y amigos) a fin de funcionar como un todo, lejos del entorno laboral, y consideramos que los niños necesitaban lo mismo.

Entonces, implementamos un procedimiento de evaluación que, tiempo después, se convertiría en la base de la fase uno del modelo regenerativo (véase la figura 1.1). El fundamento filosófico del modelo se explica en detalle en el capítulo ocho, pero, en la práctica, observábamos el desarrollo de los niños mediante el uso de la teoría dramaterapéutica del juego (que se verá en los párrafos siguientes de este capítulo), y decidimos si su juego implicaba juego de corporización, juego de proyección o desempeño de roles. Los niños disfrutaban de ciertos juegos de corporización, como el juego con arena, con arcilla, el modelado, la pintura con los dedos y el juego con agua desde una edad muy temprana; además, el juego de proyección con muñecas, títeres o dibujos y los elementos de pintura se encuentran, a menudo, incluidos dentro de sus dos primeros años. El desempeño de roles puede comenzar en cualquier momento luego de esa etapa (lo cual incluye el “vestirse”) y, con frecuencia hacia los cinco años, los niños dominan el juego a todos los niveles y adicionan alguno de cada tipo a lo largo de una serie de sesiones. Muchos de los niños que vimos es-

taban fijados en el juego de corporización o de proyección, y parecía que su desarrollo se había visto afectado o demorado en un estadio precoz. De manera reiterada, se pudo localizar el abuso en el comienzo temprano de esta etapa crucial del desarrollo. Supimos, a través de la experiencia, que a estos niños les tomó mucho más tiempo mostrar algún signo de recuperación.

Además, durante el procedimiento de evaluación, observamos el grado de apego que registraban con sus cuidadores *actuales*. También evaluamos el apego a sus cuidadores o figuras parentales anteriores. Nos resultó particularmente iluminador el trabajo de Fahlberg (1994) y el de Howe (1995). Los niños que no contaban con un vínculo afectivo seguro eran, muchas veces, los más difíciles de llevar a terapia. Cuando se formaba, por fin, un vínculo afectivo con el terapeuta, se trataba, de todas formas, de un “vínculo ambivalente” (Ainsworth *et al.*, 1978), o un “vínculo desorganizado” (Main y Solomon, 1986). Reitero que éstos eran los niños cuya recuperación demoró mayor cantidad de tiempo. Notamos, sin embargo, que los niños que habían logrado forjar algún tipo de vínculo afectivo con un cuidador *actual* (casi siempre, un progenitor sustituto) respondían mejor a la terapia.

Era importante evaluar las estrategias del niño para sobrellevar la situación de abuso durante la terapia, a fin de asegurar que éstas no se erosionaran demasiado pronto y se justipreciaran en su dimensión real. Nos dimos cuenta de que los niños que sufrían de abusos con frecuencia se adaptaban a éstos mediante el empleo de estrategias extremas para sobrellevarlos, a veces relacionadas con el género, pero no reducidas a éste. Muchos niños, y algunas niñas, habían tornado su conducta muy controladora para poder combatir el sentimiento de impotencia. Éstos fueron los niños cuya conducta se etiquetaba de “inmanejable” o “difícil”. Muchas niñas quedaban fijadas en su rol de víctimas y

se volvían agresivas, dependientes y “quejasas”, lo cual repercutía en su tranquilidad y en la de sus cuidadores actuales. Era importante no concentrarse en un programa que redujera estas conductas en un estadio demasiado temprano; de ser así, el niño se sentiría aun más vulnerable. La excepción a este principio es el niño que abusa sexualmente de otros. Es obvio que un programa conductista debe dar tratamiento a este problema, a fin de proteger al niño y a los demás, pero debe realizarse en paralelo, de ser posible, un trabajo terapéutico sobre el abuso que sufre el niño mismo.

De manera similar, se notó o exploró el uso de la disociación por parte del niño, que es una estrategia muy efectiva para sobrellevar el abuso durante períodos de estrés, violencia o dolor extremos, pero no se la desalentó hasta que el niño se sintiera más a salvo. Por ende, la seguridad era la clave de una terapia exitosa, aun si ello significaba que el desarrollo de los acontecimientos fuera más lento. La situación actual en el hogar también se evaluaba con todo cuidado para asegurar que el niño no se encontrara en peligro de sufrir abuso y que contara con alguna herramienta de autoprotección en dicho lugar. Se empleó gran cuidado respecto de esta última circunstancia: si se enseñan herramientas de autoprotección en una etapa demasiado precoz de la terapia, el niño bien puede sentir que la “razón” de sufrir abuso era que no había logrado protegerse, y así se potenciaba su propia culpa.

De lo anterior se desprende que se daba por sentado que el proceso de vinculación afectiva existente entre el terapeuta y el niño era muy importante (como en la mayor parte de las terapias o, en realidad, en todas ellas). Abogábamos por la “aceptación total” del niño, junto con los firmes límites puestos por el terapeuta. Siempre se tuvieron en cuenta las relaciones cuerpo/mente (como en la mayoría de las terapias creativas), al igual que el equilibrio de poder entre niño

y terapeuta. Se hizo hincapié en confirmar los sentimientos del niño (algunos de ellos estaban muy confundidos y eran incapaces de experimentar sentimientos) y su identidad, que también estaba, con frecuencia, poco clara. Se enfatizó la importancia del terapeuta como testigo de las afirmaciones y acciones del niño.

Toda terapia era interactiva y centrada en el niño, y a menudo incluía teatro, arte, música, poesía, danza, narración y técnicas psicodramáticas de duplicación, espejamiento e inversión de roles. Se determinaban los avances cuando el terapeuta sentía que el niño había logrado obtener la capacidad de comprender y expresar sentimientos, y tenía algún atisbo de auto-identidad. Cuando un niño, además, contaba con la capacidad de establecer, mantener y terminar relaciones, se consideraba que era posible que concluyera con la terapia.

También se desprende de lo anterior que, si bien la terapia parecía tener éxito, en términos generales, no habíamos respondido plenamente a nuestras preguntas anteriores sobre el qué, el cómo y el por qué. Entonces, éste fue el propósito de la investigación que emprendí tiempo después, con el apoyo de la NSPCC. Noté que la teoría enunciada por Moreno sobre el desarrollo del niño era crucial para mi comprensión del daño infligido por el abuso sexual repetido de niños en sus años de desarrollo temprano. También me di cuenta de la importancia de la teoría dramaterapéutica del desarrollo del juego en la práctica de nuestra profesión y en el tratamiento. Estas dos teorías, junto con todo el concepto del juego y la importancia en el desarrollo, fueron los factores claves de nuestro trabajo. Durante la llamada “década del cerebro” (década del noventa), mi entendimiento posterior de los efectos neurológicos del abuso en los años de evolución infantil me brindó un panorama esclarecedor respecto de las razones por las cuales los niños quedaban tan dañados por éste. Mis investigacio-

nes me permitieron unir todos esos factores a fin de crear el modelo regenerativo para trabajar con niños abusados.

## **La teoría de Moreno del desarrollo infantil**

Moreno sugirió que el desarrollo infantil depende de su entorno y, en particular, de los padres o las personas a cargo del pequeño. Su teoría sobre el desarrollo infantil se publicó en 1944 (Moreno y Moreno, 1944) y fue perfeccionada en 1952 (Fox, 1987). Jacob Levy Moreno fue un psiquiatra austriaco que inventó el método de la psicoterapia conocido como “psicodrama”. Propuso que la evolución de un infante se logra en tres etapas: la primera, en la que encuentra la identidad; la segunda, en la que reconoce su yo; y la tercera, en la que reconoce al otro. Sugiere que estas etapas se reflejan en las acciones del cuidador primario del niño.

Para un niño pequeño que se encuentra aún en la etapa de la identidad, el cuidador primario “duplicará” con frecuencia al niño para ayudar a que exprese sus sentimientos. Por ejemplo, las madres pueden hablar a sus bebés, en su intento de interpretar su llanto y tratar de ponerse en el lugar de ellos. Pueden intuir que los infantes tienen frío o hambre, e intentarán calmarlos. La expresión de sentimientos, y algún reconocimiento de esta acción a través de otros, ayuda al niño a crear una identidad propia. La duplicación es, también, una técnica psicodramática en la que una persona se encuentra al lado de otra (el protagonista) y, al copiar el lenguaje corporal y el tono de voz, explicita sentimientos no manifestados por el protagonista a través de la palabra.

El lenguaje corporal y el tono de voz pueden ser corregidos o modificados por el protagonista hasta que tanto el doble como el terapeuta, así como otros miembros del grupo (si el trabajo es parte de un grupo terapéutico), logren una comprensión cabal de sus sentimientos. Este proceso

es similar al que emprenden uno o más cuidadores que intentan varias interpretaciones hasta que el bebé se calma.

Esta técnica de duplicación es central en el psicodrama, y ayuda a los protagonistas a clarificar y expresar niveles más profundos de emoción (Blatner, 1997). Los psicodramatistas Hudgins y Drucker (1998) emplearon una aplicación especial de duplicación (el doble contenedor) cuando trabajaron con adultos abusados sexualmente, a fin de dar contención al trauma. Moreno sugirió que esta técnica es empleada, sin perjuicio de otras, por el cuidador competente que reacciona al llanto o la sonrisa del niño con palabras y acciones que procuran interpretar lo que el infante trata de exteriorizar. Esta técnica permite que el niño se exprese de forma tal que al menos los cuidadores principales lo puedan comprender o, con frecuencia, también, los hermanos y otras personas del entorno inmediato. Esta confirmación de la identidad del niño comienza con el nacimiento y continúa durante toda su niñez temprana.

Una vez que la identidad (o personalidad) del niño comienza a formarse, el cuidador principal procura reflejar esto de manera automática para que el niño lo observe mediante la conducta de “espejamiento”. Ésta es la segunda etapa del desarrollo. El espejamiento es, también, una técnica psicodramática por la cual una persona no hace otra cosa que repetir las palabras y las acciones de otra (el protagonista) para mostrarle de qué manera sus acciones son percibidas por los demás. Este procedimiento debe ejecutarse en su exacta medida, sin caricaturizar ni exagerar. Los niños son capaces de reconocer su propia imagen en un espejo a una edad temprana y, además, parecen reconocer imágenes de su propia conducta cuando ésta es repetida por un cuidador en el que confían (el juego de “hacer caras y repetirlas” puede ilustrar este caso). Estos reflejos de acciones por parte de un adulto o de un hermano ayudan al infante a ver cómo es percibido por los demás.

La tercera etapa del desarrollo del niño, de acuerdo con Moreno, es la inversión de roles: cuando un niño comienza a comprender que los demás tienen sentimientos y necesidades, y que éstas pueden ser diferentes de las de él mismo. Casi siempre a los tres años, los niños juegan con otros, y dentro de tal actividad, el desempeño de roles y la inversión de éstos ocupan un lugar preponderante. Los niños juegan a ser padres, o mascotas, o hermanos; además, su juego incluye criaturas míticas, como monstruos o hadas madrinas, con los cuales pueden estar familiarizados por medio de narraciones o de la televisión. Ellos aprenden a desempeñar y, de tal manera, incrementar sus propias capacidades (o repertorio de roles), y además aprenden a interactuar más fácilmente con los demás. El concepto de “compartir”, por ejemplo, se aprende a través de la capacidad de invertir roles con el otro. Esta noción explica por qué la mayor parte de los niños de dos años son incapaces de compartir. Sin embargo, la mayoría de los niños son idóneos para la inversión de roles antes de los cinco años, especialmente si han tenido la oportunidad de jugar con los demás y, así, compartir bastante bien a dicha edad.

Moreno procuró demostrar que un niño se desarrolla a partir de las interacciones sociales. Lo enunció de la siguiente manera:

Existe todavía otro aspecto que se ha descuidado en la descripción de la evolución del infante: el de sondear con mayor profundidad en términos tan generalizados como “entorno”, “situación” o “campo”... Las partes más importantes dentro del entorno o el campo son los organismos interactuantes. Es importante saber de qué forma interactúa cada uno de esos organismos y, en particular, cómo interactúa el infante con cada uno de los demás organismos (Moreno y Moreno, 1944, p. 7).

Moreno postuló que, cuando no se ha producido esta interacción temprana, o cuando ésta ha sido defectuosa, como en las situaciones de trauma, el niño en desarrollo puede quedar dañado. También sugirió que este daño puede rectificarse a través del psicodrama, un tipo de terapia creativa que busca recrear las situaciones de su niñez temprana para instigar acciones esenciales que pueden no haber existido en la infancia, y para reparar o corregir las experiencias infantiles perjudiciales.

Me llamó la atención el comentario efectuado por Moreno, que compara el periodo comparativamente breve de gestación, y el muy prolongado periodo de dependencia del niño, con el de la mayor parte de los animales. Sugiere que este hecho demuestra la importancia del largo periodo de dependencia, que se caracteriza por las interacciones sociales entre el niño y sus padres u otras personas. Moreno estima que el periodo de dependencia total es el de los tres primeros años de la vida del infante, y que los primeros seis años son cruciales para el desarrollo futuro del pequeño.

Moreno llama a su teoría “la teoría de la espontaneidad del desarrollo del niño” porque considera que los infantes necesitan gran espontaneidad para nacer. En el alumbramiento, el niño experimenta un acto por completo nuevo, que requiere que sea espontáneo, que respire, que llore, que chupe y acciones similares. Esta espontaneidad se utiliza, con frecuencia, durante la etapa temprana de la vida del niño pero, más tarde, tanto niños como adultos parecen perder la facilidad para ser espontáneos. El psicodrama emplea la espontaneidad como un comienzo creativo esencial para la terapia (al igual que la dramaterapia y la terapia del juego) y, por lo tanto, parece relacionarse con la espontaneidad temprana con la cual nacen los niños.

Moreno también señala que los niños utilizan, muy a menudo, muñecas u otras figuras similares para jugar y comprender el mundo. Considera que dicho juego es mucho más



efectivo si “detrás de la muñeca hay una persona real, con sentimientos” (Moreno y Moreno, 1944). Se refiere a personas tales como “egos auxiliares”, un término que también utiliza para describir a los adultos que concurren a grupos de terapia psicodramática que ayudan al protagonista (o paciente) a completar su “hambre de actuar” y a trabajar en sus dificultades personales.

En mi trabajo con niños y padres abusados en la NSPCC, pude observar los vínculos generacionales y comprender el alcance del daño. Al dedicarme a madres abusadoras, también comprobé cuán poderosa se tornaba la metáfora en la dramaterapia. Cuando observé a los niños jugando en nuestro centro de cuidado diurno, pude ver en el acto la forma en que su juego reflejaba sus retrasos en el desarrollo.

## **La teoría dramaterapéutica del desarrollo**

Otros profesionales dedicados a los niños, como Jennings (1993, cap. 1, y 1995, p. 97), también sugirieron una teoría del desarrollo infantil que puede observarse con nitidez en la forma en que juegan los niños. Jennings reconoce su deuda para con Moreno y con Slade (1995), quienes trabajaron con los niños en la educación. Ella describe el primer juego de los niños como “corporización”, en la cual ellos encuentran la identidad mediante el juego con su propio cuerpo y con el de sus cuidadores, o con sus excrementos y con los alimentos. Más tarde, pueden emplear arcilla o pinturas de manera similar. Su segundo juego o estadio de desarrollo puede describirse como “proyección”, en la cual las muñecas y los títeres se usan como objetos aptos para proyectar en ellos sentimientos y acciones. El tercer estadio del juego es el de desempeño de roles, en el cual los niños interactúan con los demás, como ya describió Moreno. Slade descubrió que la dramaterapia (él fue el primero que empleó el término) era una forma de ayudar a que los

niños atravesaran las dificultades de la infancia, mientras que Jennings y otros perfeccionaron y ampliaron este método.

Se comprobará que estas dos teorías (la de Moreno y la de Jennings/Slade), si bien desarrolladas con independencia en países y culturas diferentes, y en periodos distintos, son muy semejantes entre sí. Ambas fueron desarrolladas por personas que trabajaban con niños y los observaban mientras jugaban. Las dos expanden las teorías ambientalistas que se han desarrollado desde mediados del siglo XX.

## La importancia del juego

Mencioné renglones atrás que había recibido la influencia de las ideas de Moreno, Jennings y Axline. Esta última publicó, por vez primera, su obra *Play Therapy* (Terapia del juego) en 1947, pero seguía los pasos de otros que habían usado el juego como terapia. El psicodrama, la dramaterapia y la terapia del juego son formas de jugar, y muchos de los que teorizaron sobre el desarrollo del niño han reconocido el valor del juego y de la ilusión. Winnicott sintetiza su descripción del juego de la siguiente forma:

El niño reúne objetos o fenómenos provenientes de la realidad externa y los pone al servicio de algún ejemplo generado en su realidad interna o personal. Sin alucinar, el niño despliega una muestra del potencial onírico y vive con esta muestra en un entorno elegido de fragmentos de la realidad externa (1971, p. 51).

Holmes (1992, pp. 154-155) sugiere que el psicodrama, que emplea el juego y la ilusión, sirve al mismo propósito que el juego. El espacio del psicodrama se encuentra lleno de creatividad, fantasía e imaginación y, además, contiene elementos del “aquí-y-ahora”. Jennings (1987, pp. 30-31),

en su primer gran libro sobre dramaterapia, también adhiera al concepto de Winnicott del juego y hace hincapié en el “área de ilusión”. Ella nos recuerda los aportes de Jung de los “arquetipos” para que podamos comprender la mente, y afirma que “la experiencia arquetípica puede reconocerse como una función valiosa y enriquecedora, aun en el adulto”. La dramaterapia emplea los arquetipos y los símbolos, y parece utilizar el “tercer espacio” que habita el juego y que es utilizado de manera natural por los niños.

En un capítulo del mismo volumen, Gersie (1987, pp. 46-70) afirma que es crucial que logremos tener acceso a nuestra capacidad de jugar. Ella cita a Piaget (en Piaget e Inhelder, 1969), cuya teoría propia sobre el desarrollo infantil incluía el siguiente enunciado: “El niño debe tener a su disposición un área de actividad cuya motivación no sea la adaptación a la realidad sino, por el contrario, la asimilación de la realidad al yo, sin coerción ni sanciones. Esa área es la del juego...”

Algunos niños podrán actuar como sus propios sanadores a través del juego que desarrollan, bien sea solos o con los demás. Las personas (como yo) que trabajan en contacto directo con niños profundamente traumatizados también reconocen que la capacidad de jugar puede verse interrumpida si el trauma es profundo y si no se ha expresado apoyo al niño. Dichos niños traumatizados necesitan de ayuda para jugar de nuevo. Cattanach (1992) describe la teoría del juego con niños abusados y explica sus métodos, que alientan a cada niño a jugar en el espacio de fantasía que ella, en su calidad de terapeuta, torna seguro gracias a límites impuestos con cuidado.

En mi propio trabajo (Bannister, 1997, pp. 12-13), explico la forma en que a algunos niños que han sido objeto de severos abusos les resulta difícil jugar, pero también detallo la forma en que el uso sensible de la terapia creativa puede ayudarlos a jugar de nuevo y a ser protagonistas de

su propia curación. En el mismo libro (Bannister, 1997, pp. 75-91), brindo varios ejemplos de mi trabajo con adolescentes jóvenes cuyo propio abuso sexual fue perpetrado en la infancia. Estos niños, sin embargo, seguían sufriendo muchos años después. No podían “hablar en profundidad” sus problemas pese al hecho de que contaban con el apoyo de progenitores sustitutos muy comprensivos. No obstante, sí lograban algunas elaboraciones a través de las metáforas de las narraciones, a veces de leyendas y de cuentos de hadas, y, en otras ocasiones, de cuentos que habían desarrollado ellos mismos. Empleaban las narraciones, a veces combinadas con la pintura o con el desempeño de roles, para elaborar las dificultades que eran demasiado dolorosas de nombrar en forma directa. En otras palabras, utilizaban el “espacio lúdico”, el “área de ilusión”, el “espacio intermedio” que era necesario para su desarrollo. En este espacio, lograban llevar adelante un desarrollo que había quedado bloqueado o que había sido demorado y, luego de estas sesiones, parecían crecer y progresar de manera más saludable.

## **El desarrollo del niño y los efectos del abuso**

Todavía se están realizando investigaciones sobre la comprensión de la manera en que los efectos del abuso en la infancia y la niñez afectan el desarrollo. Pynoos, Steinberg y Goenjian (en Van der Kolk, McFarlane y Weisaeth, 1996, cap. 14) han registrado síntomas físicos en niños abusados, tales como perturbaciones crónicas del sueño que, a la vez, conducen a la irritabilidad y a dificultades en la concentración y atención. En sí mismo, este fenómeno puede provocar serios problemas de aprendizaje, así como dificultades en la relación con los demás. Estos autores también mencionan cambios en la actividad cerebral que se han notado en varios estudios cuando se induce “la res-

puesta defensiva” en el niño (Kagan, 1991; Krystal *et al.*, 1989). El reflejo defensivo se inhibe cuando los niños sufren repetidos abusos, y se sugiere que este fenómeno reduce su capacidad para la reflexión, su aprendizaje académico y la concentración de su atención. Las investigaciones realizadas por los mismos autores también muestran que los niños abusados suelen vivir en “un estado de preparación para las emociones negativas”. Dicha situación también produce un efecto en el cerebro, y puede provocar consecuencias nocivas en el procesamiento general de la información.

El trabajo de Allan Schore (1994) también arroja algo de luz sobre esta cuestión. En sus detalladas y extensas descripciones del proceso de vinculación afectiva entre el cuidador primario y el niño, afirma que “los narcóticos desempeñan un papel singular en la impronta socioemocional y en los procesos” (p. 145). Describe el mecanismo por el cual la cara emocionalmente expresiva del cuidador primario induce alteraciones en los péptidos narcóticos del cerebro en desarrollo del niño, y afirma que esas variaciones (por lo general, inducidos hacia el fin del primer año del niño) operan cambios morfológicos permanentes en el cerebro que, por supuesto, son generalmente positivos y permiten que el niño regule sus propias emociones.

Sugiero que la perturbación del proceso de vinculación afectiva, que con frecuencia tiene lugar cuando el niño sufre abusos repetidos en sus primeros años por parte de la persona que tiene alguna responsabilidad por su bienestar, conduce a la distorsión parcial de los procesos de aprendizaje de su desarrollo. Esta sugerencia también puede resultar útil para explicar por qué las terapias creativas que emplean técnicas que imitan los procesos de desarrollo (por ejemplo, la técnica de duplicación, la de espejamiento y la de inversión de roles en el psicodrama) son en particular eficaces con las personas cuyos procesos de vinculación afectiva durante el desarrollo han sido perturbados de al-

gún modo. Mi experiencia en la práctica parecería mostrar que los cambios “permanentes” *pueden* revertirse o morigerarse. Schore aclara, en todo su trabajo, que el cerebro es capaz de ser “plástico”, sobre todo durante la niñez, motivo por el cual dicha reversión es posible.

En cualquier caso, parece obvio que sea deseable emplear un método flexible de tratamiento o de intervención con niños abusados en sus primeros años. Se aconseja un método que reaccione a las necesidades expresadas por cada niño. Permitir que los niños abusados conceptualicen y expresen lo que necesitan es también una tarea difícil, que puede requerir que se la acometa antes de efectuar cualquier otro trabajo reparador. Los niños que han sido objeto de abuso han tenido poca o ninguna oportunidad de expresar sentimientos y deseos, y si en efecto se les ha permitido hacerlo, con frecuencia ellos han sido invalidados, menospreciados o ridiculizados. Esta denigración constante, o abuso emocional, parece bloquear la expresividad y la creatividad en muchos niños. Algunos de ellos, sin embargo, sobre todo si se los alienta desde fuera del hogar, son muy proclives a desarrollar modos creativos de expresar sus sentimientos mediante el teatro, el arte, la música y la poesía, por ejemplo. Esta expresión creativa puede aparecer sólo en la escuela, con un profesor en el cual confíen o con amigos. Cualquier método de tratamiento, por lo tanto, tendrá que favorecerla y ayudar a superar los bloqueos que puedan haber sido creados por sus abusadores o que puedan haber aparecido por otros factores presentes en su entorno.

## Un panorama general de mis conclusiones

- Los niños pequeños que han sido objeto de repetidos abusos por parte de sus cuidadores o miembros cercanos de la familia registran un daño a su desarrollo que puede tener efectos a largo plazo.

- Según el estadio en el cual haya comenzado el abuso, este daño puede afectar el entendimiento y la expresión de los sentimientos, la comprensión de la identidad personal y el desarrollo de relaciones de empatía.
- Cualquier daño provocado al desarrollo puede conducir a futuras dificultades en el aprendizaje.
- Las terapias creativas pueden inducir cambios positivos en la conducta de los niños abusados.
- Es probable que el efecto positivo de las terapias creativas surja de la capacidad de recrear los procesos del desarrollo; los patrones cerebrales negativos causados por el abuso pueden revertirse de esta manera.
- La mayor parte de los niños disfrutan de participar en la terapia creativa.
- El modelo regenerativo brinda una teoría para el trabajo terapéutico efectivo con niños abusados, además de un enfoque práctico y flexible.

Ya sabemos, por supuesto, que existieron factores mediadores sobre los efectos del abuso sexual y que éstos han sido demostrados en varios estudios, todo lo cual se comentará en el siguiente capítulo. Estos factores mediadores podrían justificar algunas diferencias en el éxito relativo de las terapias creativas con niños abusados. Parecería que una mayoría de niños podría beneficiarse con la terapia hasta cierto punto, y que este beneficio dependería de sus antecedentes personales y de su situación presente. Las razones de esta conclusión se explican en los siguientes capítulos.

## **CAPÍTULO II**

### **La reparación del daño**





## Los efectos del abuso

Durante muchos años, los efectos del abuso sexual en niños fue minimizado o negado (Pomeroy, 1968). Sin embargo, Finkelhor (1984) argumentó que ciertos estudios, como los de Gagnon (1965), Landis (1956) y Tsai, Feldman-Summers y Edgar (1979), contenían errores en su diseño, que tornaban cuestionable la interpretación de los resultados. Estos estudios parecían mostrar que sólo una minoría de mujeres adultas sentía que había sufrido daños a raíz de su abuso sexual en la niñez. El estudio efectuado por Finkelhor sobre este tema confirmó las investigaciones de otros (Herman, 1981; Herman y Hirschman, 1977), a fin de mostrar que las mujeres que habían sufrido de abuso sexual se sentían estigmatizadas y tenían baja autoestima, sobre todo de índole sexual.

Durante más de una década, existieron numerosos estudios que mostraron los vínculos existentes entre las personas que tenían dificultades —“poblaciones problemáticas”— y que, además, tenían antecedentes de abuso sexual. Las poblaciones problemáticas más citadas fueron las que incurrieran en el abuso de drogas (Benward y Densen-Gerber, 1975), en la prostitución y la huida (Gelinas, 1983), la depresión y el abuso de alcohol (Peters, 1988). El abuso sexual casi nunca deja cicatrices físicas; por otra parte, el debate sobre cuestiones sexuales es desalentado, desde antaño,

por la mayor parte de las culturas. Además, el conocimiento que tienen los niños sobre la sexualidad a menudo se restringe a su experiencia. Si los abusa sexualmente un adulto en el que confían, las investigaciones han demostrado que los niños más pequeños (menores de doce años) adaptarán este hecho a su experiencia y se culparán a sí mismos o lo convertirán en normal (Summit, 1983). Este “síndrome de adaptación, junto con la reticencia cultural sobre el comentario de cuestiones sexuales, significa que, desde tiempos inmemoriales, se ha desalentado el hecho de que los niños cuenten a cualquier persona el abuso sexual del que han sido víctimas.

En un estudio particularmente interesante (Friedrich, 1988) se observó la conducta de niños que habían sufrido el abuso y que, en especial, relacionaban este hecho con sus formas de sobrellevarlo y la manera en que estas formas estaban insertas en su entorno o sistema ecológico. Friedrich hizo hincapié en que las formas de sobrellevar el abuso de los padres o cuidadores del niño abusado también son factores importantes en el resultado que puede esperarse de él. Esto parece demostrarme que muchos niños aprenden a adaptarse y toleran el abuso sexual, y que sus formas de sobrellevarlo están enredadas con las de sus padres, motivo por el cual su conducta no se ve necesariamente como problemática. La conducta adaptativa sólo se ve como parte de la personalidad del niño; y cuando las dificultades aparecen, tiempo después, tal vez a partir de un uso excesivo del control en la adolescencia, por ejemplo, las estrategias para sobrellevar el abuso se reconocen como tales.

## **Daño al desarrollo del niño**

### **1. VÍNCULO AFECTIVO**

En un informe enviado a la Organización Mundial de la Salud en 1951, John Bowlby, a quien se le había solicitado

que asesorara sobre la salud mental de niños sin hogar, escribió lo siguiente: “Lo que se cree que es esencial para la salud mental es que el infante y el niño deben experimentar una relación cálida, íntima y continua con su madre (o sustituto permanente de la madre), en la cual ambos encuentren satisfacción y disfrute” (Bowlby, 1969, pp. xi-xii). El fundamental trabajo de Bowlby *Child Care and the Growth of Love* (El cuidado del niño y el crecimiento del amor; 1953) provocó cambios radicales en la enseñanza del desarrollo de los niños.

Por fin, se reconocía la importancia del vínculo afectivo del niño con su cuidador primario y el vínculo del adulto con el niño, si bien Rutter (1981) demostró que el centro de atención de Bowlby respecto de la relación madre-hijo era demasiado exclusivo. Era claro que los niños podían llegar a apegarse —y, de hecho, lo hacen— a más de un cuidador, y que ésta es una experiencia gratificante y beneficiosa para el niño. Las revelaciones de Bowlby se extendieron aun más en el trabajo de Ainsworth y sus colegas (Ainsworth *et al.*, 1978). Ellos desarrollaron un experimento en el que se dejaba solos a niños de entre 12 y 18 meses durante un periodo breve, sin sus cuidadores primarios (la prueba de la “situación extraña”). Se demostró que la mayor parte de los niños de dicha edad estaban, sin duda alguna, apegados a su madre, si bien algunos apegos eran ambivalentes (cuando los cuidadores eran incongruentes) y otros eran evasivos (cuando los cuidadores tendían al rechazo). Se verá que existe una relación entre el apego y el “síndrome de adaptación”, mencionado en párrafos anteriores, en la cual el niño se ajusta a las situaciones dañinas de largo plazo a fin de minimizar su propia angustia. Los niños que cuentan con vínculos afectivos seguros son capaces de tolerar la ausencia de sus madres durante un periodo breve, dado que confían en que retornarán, y pueden llevar dentro de sí un modelo positivo tanto del cuidador como de sí mismos. Esta

capacidad se extiende hacia las representaciones mentales del yo, otras personas y la relación existente entre el yo y los otros (Howe, 1995). Algunos niños que han sufrido trauma muestran un patrón desorganizado de apego en el cual consideran que los cuidadores les infunden miedo o están asustados, y se ven a sí mismos en posición de indefensión, enojados o sin valía. Esta situación conduce a dificultades para ser absolutamente capaces de conceptualizar otras relaciones de manera diferente.

Otros escritores recientes han observado la naturaleza del vínculo afectivo. Woodhead (1997, p. 67) ha afirmado que la predisposición a procurar relaciones humanas duraderas es una característica del infante, pero lo que no es tan claro es hasta qué punto esta situación se encuentra ligada a características específicas de los entornos tempranos de crianza. Woodhead hace hincapié en los supuestos culturales que han conducido a algunos escritores occidentales que tratan cuestiones atinentes al cuidado de niños a afirmar que sólo una relación estrecha con un adulto afectuoso puede brindar al niño una buena base de apego afectivo. Otras culturas, en las cuales el cuidado se comparte con diversos miembros de la familia, muestran resultados diferentes.

También ha habido algunos trabajos de psiquiatras y analistas sobre los modelos complejos de la mente que pueden esclarecer el proceso de la vinculación afectiva. Schore (1997a) se refiere al trabajo de Melanie Klein y, en particular, a su muy conocido trabajo sobre identificación proyectiva, que ella definió como un proceso temprano interactivo del desarrollo entre dos personas, en el cual se proyecta información mayormente inconsciente del emisor al receptor. Schore argumenta que este proceso surge en la diada madre-niño, y que, por el resto de la existencia, representa un proceso de comunicación emocional no verbal entre el yo privado de una persona y el yo privado de otra. En otras

palabras, este proceso es básico para el desarrollo del niño y representa una comunicación mente-cuerpo, no lingüística, que puede ser esencial en la construcción de relaciones estrechas, incluida la relación terapéutica. Schore sostiene que este trabajo indica que esta transferencia de afecto representa operaciones entre los hemisferios derechos de las personas involucradas. Además, afirma que es el vehículo para la transmisión de los patrones de vinculación afectiva. Schore confirma que el niño en proceso de desarrollo se basa en sus sentidos y en su cuerpo y no en su aspecto cognitivo; por lo tanto, postulo que las experiencias corporales constituyen una parte íntima y esencial del proceso de vinculación afectiva.

Los adultos que abusan sexualmente de niños durante largos periodos dedican gran parte del tiempo a forjar vínculos afectivos con el niño, antes de someterlo al abuso. Además, con frecuencia buscan destruir las relaciones de apego con sus progenitores no abusadores. Este proceso se denomina “acicalamiento” (*grooming*) del niño que habrá de ser abusado (Bagley y Thurston, 1996, Vol. 2, p. 4; Colton y Vanstone, 1996, p. 112).

El proceso por el cual los delincuentes sexuales abusan de niños fue descrito por Finkelhor en su modelo de cuatro condiciones previas (Finkelhor, 1984, Cap. 5). Él afirma que los delincuentes sexuales deben experimentar cuatro condiciones previas al abuso:

- Hallar un motivo para abusar sexualmente.
- Superar los inhibidores internos.
- Superar los inhibidores externos.
- Superar la resistencia del niño.

La necesidad de que exista un proceso de acicalamiento se puede apreciar con nitidez cuando observamos las últimas dos condiciones. El abusador debe superar la resistencia

de los miembros de la familia del niño y de los amigos de ésta antes de poder abusar de él. No sólo debe el abusador encontrar un momento en el cual estar a solas con el niño, sino que, además, debe asegurarse de que el niño no vaya a contar el abuso a nadie. Esto significa que el abusador debe debilitar o destruir cualquier apego a los adultos, con frecuencia a través de la denigración sistemática de los cuidadores no abusadores. La seguridad del vínculo afectivo primario es la principal defensa contra el trauma del abuso y sus efectos.

Además, el abusador debe superar la capacidad del niño de resistirse al abuso. Se sabe que algunos niños dentro de una familia dada no son abusados debido a que el abusador toma la línea de la menor resistencia y abusa de los niños que no se quejan demasiado (Finkelhor, 1984, p. 60). Por lo tanto, con frecuencia elige a niños vulnerables, sea de manera temporal, debido a la incapacidad o la ausencia del progenitor, o de manera permanente, debido a problemas familiares sustanciales. El abusador emplea esta vulnerabilidad para construir una “relación especial”. Los niños que han sufrido abuso informan, a menudo, un proceso lento, sensorial, en el cual el abusador los toca, en primer lugar, con cuidado y de forma inocua, para luego continuar tocándolos de manera más íntima. En algunos casos, por cierto, los abusadores sólo usan la fuerza. Los niños que han sido testigos de que su abusador usó la violencia contra otros (como en los casos de violencia doméstica) se verán, como es natural, intimidados por dicha persona.

Es probable, entonces, que el abusador sexual evite o destruya los intentos del niño de forjar apegos saludables. A lo largo del tiempo, el abusador forma un apego enfermo con el niño, en el sentido de que dicha relación se forma con el propósito de brindar gratificación al abusador, y no para beneficio del sostén y la protección del niño. Herman (1998, p. 51) cita a Janoff-Bulman (1985, pp. 15-35): “Los su-

cesos traumáticos destruyen los supuestos fundamentales de las víctimas respecto de la seguridad del mundo, el valor positivo del yo y el orden significativo de la creación.” Herman (1998, pp. 51-52) también cita a Erikson (1950), quien sugirió que la experiencia original del afecto hace posible que los seres humanos vislumbren un mundo al cual pertenecen, un mundo hospitalario para la vida. Él afirmó que la confianza básica constituye el basamento de la creencia en la continuidad de la vida y en el orden de la naturaleza. Es, por supuesto, la traición de la confianza lo que provoca tanto daño y lo que causa que el infante se torne más vulnerable a nuevos abusos. Los niños abusados pueden —vaya paradoja— aferrarse con tenacidad a los cuidadores que abusan de ellos en el plano físico, emocional o sexual.

He brindado un ejemplo de tal afirmación en mi propio trabajo (Bannister, 1997, p. 30), cuando describo a “Edward”, de nueve años, quien había sido objeto de abuso durante más de dos años por parte de un pedófilo condenado y que pertenecía a una pandilla de abusadores de menores. Edward jugaba con un títere de oso color amarillo y me ordenaba que tomara un títere de mono color marrón. “Él quiere que le peinen el cabello con las puntas hacia afuera”, decía. El títere de mono acicalaba al títere de oso, con cuidado, durante varios minutos. “Mi mamá solía peinarme el pelo cuando era pequeño”, decía Edward con nostalgia. Comenzó a hablar de su madre que no había podido cuidarlo debido a sus propias dificultades. La única intimidad que recordaba era el cuidado ocasional del cabello. Este “acicalamiento” era importante para Edward, e ilustra el hecho de que las experiencias sensoriales son vitales para el proceso de vinculación afectiva.

La necesidad de vincularse afectivamente parece ser una condición básica y necesaria para los primeros años de vida. Winnicott (1971, p. 6) nos brindó el concepto de “objeto



transicional”, algo a lo cual un bebé se aferra y lleva por todas partes con decisión. Él afirma que el objeto “representa” el seno materno (o la madre). El niño emplea el simbolismo del objeto para representar a la madre (o a su cuidador primario): tal es la profunda necesidad de un vínculo afectivo continuo, aun cuando la madre se encuentra ausente. Cuando el infante deja de tomar el pecho por completo (en todo el sentido de la frase), el objeto de transición pierde, poco a poco, su importancia y, para usar el término de Winnicott, se produce la “decatexia” (lo deja de lado).

Cuando un niño es sexualmente abusado a una edad temprana, y durante mucho tiempo, por una persona que es su principal cuidador o que es capaz de denigrar con éxito al cuidador principal, parece probable que se vea perjudicado el proceso de vinculación afectiva y que este proceso afecte la identidad del niño o su percepción del yo. Por supuesto, tal como lo muestra el ejemplo de Edward en párrafos anteriores, la disfunción en el proceso de vinculación afectiva puede comenzar antes de que el niño sea objeto de abuso sexual. Ésta puede ser la razón que explique la vulnerabilidad del niño. Sin embargo, las dificultades con la vinculación afectiva están, por lo general, presentes en niños víctima de abusos sexuales severos, bien sea que éstos hayan sido causados por el trauma del abuso o por un trauma anterior.

## 2. IDENTIDAD

Bagley y Thurston (1996, Vol. 2, p. 220) también señalaron que el abuso severo y crónico puede interferir en los procesos de vinculación afectiva del niño y en su desarrollo emocional, lo cual conduce a problemas de identidad. Esta afirmación vale para el abuso físico y emocional, así como para el abuso sexual. En los adultos, este problema con la identidad puede revelarse en intentos de suicidio (Briere y Runtz, 1986), problemas de adaptación sexual

(Finkelhor *et al.*, 1989), desórdenes alimentarios (Waller, 1994; Waller, Ruddock y Cureton, 1995), disociación (Spanos, 1994) y problemas psicosomáticos (Scarinci *et al.*, 1994). Al igual que Bagley y Thruston, Friedrich (1995) también ha descubierto que los niños abusados tienen dificultades con la vinculación afectiva, problemas emocionales debidos al efecto distorsivo del trauma, y dificultades con la identidad o percepción del yo.

En un estudio sobre los antecedentes de conducta auto-destructiva en la infancia en pacientes ambulatorios psiquiátricos (Van der Kolk, Perry y Herman, 1991), se descubrió que el abuso durante la primera infancia estaba fuertemente asociado con los intentos de suicidio y auto-mutilaciones, y que el abuso en la adolescencia estaba asociado con la anorexia nerviosa. Todo niño que sufre el abuso sexual y emocional de los progenitores o de sus cuidadores está tan cautivo por ello como si fuera un rehén de una guerra. Dichos niños forman su identidad en relación con la de sus cuidadores abusivos. Es impensable que esos adultos, de los cuales dependen para su supervivencia, sean “malos”. Para sobrellevar esta situación, los niños se autodenominan “malos” y consideran “buenos” a sus abusadores. La mayoría de los abusadores refuerza esta noción con frecuencia al decir a los niños que son perversos o, inclusive, malos (por ejemplo, Bannister, 1989, p. 84). Este concepto, el de ser malo o estar “poseído”, es imposible de contener durante la mayor parte del tiempo y, por eso, el niño disocia y fragmenta la personalidad. Herman (1998, p. 107) afirma que esta “fragmentación en las representaciones internas del yo evita la integración de la identidad”. Herman también sostiene que esta compleja psicopatología ha sido observada durante muchos años y cita a Ferenczi (1955), quien describió la “atomización” de la personalidad del niño abusado y reconoció las estrategias para sobrellevar el abuso que están ínsitas en ella.

Un ejemplo de mis propias investigaciones es el de “James”, de tres años (Bannister, 1991, p. 85):

James mostraba la realización del sexo oral en detalle, mediante el empleo de muñecas anatómicamente correctas. Se estremecía de terror mientras desplegaba la demostración entre “papi” y “el niñito”. “Está haciéndoselo al niñito —gemía—, no a mí, no a mí.”

De manera espontánea, James volvía a poner en acto este suceso durante el juego en la sesión de terapia. La terapeuta (yo) no le había sugerido que lo hiciese. Durante el resto de la sesión, James siguió rescatando al “niño pequeño” y expresando su enojo con el “papi”. Es probable que James volviera a poner en acto la disociación que tenía lugar cada vez que se repetía el trauma. Según Van der Kolk *et al.* (1996, Cap. 13), era muy probable que James desarrollara un Desorden de Estrés Post-Traumático (DEPT) y un Desorden de Identidad Disociada (DID), porque se disociaba espontáneamente, a fin de protegerse, cuando sucedía la situación traumática.

Sheldon (en Sheldon y Bannister, 1992, p. 85), un psiquiatra y psicoterapeuta especializado en trabajo con mujeres adultas que habían sido víctimas de abuso sexual, afirma: “Al violar las fronteras físicas y psicológicas del niño, el abusador viola la integridad del niño, la esencia misma de su ser, y niega su característica de persona independiente.” A menudo, los adultos que fueron abusados de niños expresan verbalmente los efectos de este ataque. “Uno no sabe quién es” fue, tal vez, el reclamo más frecuente y conmovedor de las mujeres adultas que habían sufrido abusos sexuales y habían llegado a terapia durante los años en que trabajé para la NSPCC.

A muchas mujeres adultas que acudieron a mis colegas y a mí para hacer terapia de grupo durante los primeros

años de la década del ochenta se les había diagnosticado Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Herman (1998, p. 125) afirma: “Las perturbaciones en la formación de la identidad también son características de los pacientes que padecen perturbaciones fronterizas y de personalidad múltiple” (véase también Waller, 1994). A principios de los años ochenta, la “personalidad múltiple” no había sido aceptada por los psiquiatras. Luego de un tiempo, el Desorden de Personalidad Múltiple (DPM) fue reconocido, como un fenómeno disociativo por la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (1987). Esta asociación describe el fenómeno disociativo como una “perturbación o alteración en las funciones normalmente integrativas de la identidad, la memoria o la conciencia”. Se le ha dado al DPM una denominación más precisa: la de Desorden de Identidad Disociada (DID). Muchas de las mujeres a las que atendí parecían mostrar “quiebres” en su personalidad que eran inexplicables: se trataba de madres amorosas y cariñosas que se volvían abusadoras fuera de control o confusas víctimas infantiloides un minuto después. Estas mujeres fueron derivadas a la NSPCC, porque abusaban de sus niños físicamente y no debido a su personalidad con desórdenes fronterizos.

Mi colega de ese entonces, Prodgers, hizo comentarios sobre la psicopatología del progenitor abusador físico y efectuó una comparación con el síndrome fronterizo (Prodgers, 1984). Extrajo como conclusión que todas las mujeres a las que veíamos reunían todas las particularidades de la personalidad fronteriza; es decir, un desarrollo emocional trunco, una imagen pobre de ellas mismas, aislamiento emocional, soledad depresiva y agresión defectuosamente reprimida. Estas características también son un factor común en los padres abusivos (Kempe *et al.*, 1962). Él descubrió, también, que sus antecedentes personales eran similares en cuanto a que ambos mostraban privación maternal en el desarrollo preverbal. La psicopatología de los pacientes fron-

terizos y de los progenitores abusadores también se correspondían.

Resulta necesario destacar que las mujeres que vinieron a ver a mis colegas y a mí en ese entonces no habían sido derivadas debido al abuso sexual, que apenas si era reconocido en ese momento. Tal como dije, llegaron a terapia porque abusaban de sus hijos físicamente. Sin embargo, la historia que emergía era que al menos un 75 % de ellas había sido víctima de abuso sexual, y por el otro 25 %, había sufrido abusos físicos o emocionales, por lo general, durante largos periodos. Esta información proviene de una revisión de los registros de unas cincuenta mujeres —atendidas durante cerca de cuatro años— que realicé en 1985.<sup>1</sup> Esta revisión se vio precipitada por una serie de sesiones de psicodrama cuando mi paciente “Linda”, una joven madre, recordó (en recuerdos icónicos “en retrospectiva”) el severo abuso físico de que había sido objeto por parte de su padre, en su infancia. En ese momento, ella recordó que había estado internada en numerosas ocasiones (en diferentes hospitales), y que siempre le había dicho al personal médico que se había caído por las escaleras o que se había tropezado; era obvio que había llegado a creer esta explicación y a ajustarla a la narración de sus recuerdos. Con posterioridad, en su adultez, desarrolló el TLP y también todos los síntomas de lo que hoy día conocemos como DID. Era probable que durante los incidentes de disociación ella hubiera abusado físicamente de sus cinco hijos, y su tenencia le fue retirada. Cuando ella recordó el abuso físico infligido por su padre, se corroboró esta información con su hermana (trabajaba como enfermera), quien expresó sorpresa de que mi paciente hubiera “olvidado” la verdad de lo que había sucedido. Esta hermana confirmó el abuso físico y dijo que a su hermana le habían fracturado los miembros en más de una ocasión.

Es preciso señalar que este trabajo temprano de Prodgers sobre las similitudes de los síntomas entre personalidades fronterizas y personas que abusan ha sido confirmado y extendido: las personas que padecen de personalidad fronteriza también han sido, con frecuencia, abusadas sexualmente (véanse Herman y Van der Kolk, 1987; Mollon, 1996).

De la misma forma en que James, en la sesión de terapia de juego mencionada en párrafos anteriores, tuvo un recuerdo “retrospectivo” de su abuso sexual, Linda tuvo un recuerdo similar de su abuso físico. En ambos casos, el recuerdo apareció durante una sesión de terapia, cuando el cuerpo estaba en una posición que evocaba la del abuso. En el caso de James, él utilizaba muñecos para representar tanto a su persona como a la del abusador, pero noté que copiaba la posición corporal del muñeco “víctima”. Linda estaba acurrucada en un rincón del grupo con sus manos sobre la cabeza, en actitud defensiva. Era claro que tanto James como Linda tenían un recuerdo muy vívido del incidente (o de los incidentes). Puede que estuvieran experimentando lo que Schore (1994) llama recuerdos “de fogonazo”, que tienen lugar durante estados de gran alerta y que pueden constituir una técnica adaptativa de supervivencia. Herman (1992) nos dice que los recuerdos traumáticos están exentos de palabras y que son estáticos. La mayor parte de los sobrevivientes de traumas afirman que “no tienen palabras” y que pueden describirse como “una serie de imágenes”. En otros términos, se trata de recuerdos icónicos.

En el caso de James, él era aún incapaz de apropiarse de la experiencia. Él decía: “Él se lo está haciendo al niño, no a mí.” El abuso debe haber sucedido cuando James se encontraba en el estadio proyectado de desarrollo y, por lo tanto, era capaz de emplearlo para distanciarse del horror y del dolor de la experiencia. El abuso sufrido por Linda había tenido lugar durante toda su niñez, tal vez hasta su adolescencia temprana, pero no había logrado

integrar la experiencia y había sufrido lo que había sido denominado “episodios psicóticos” varias veces a lo largo de su vida.

Tanto James como Linda fueron “afortunados”, en el sentido de que tenían testigos de su abuso —una madre y una hermana, respectivamente— que confirmaron las experiencias vividas. La madre de James, de una familia de clase trabajadora, luego de un tiempo, logró pedir ayuda al servicio social para separar al padre abusador y obtener terapia para el niño. En la familia de Linda (de clase media), sin embargo, el abuso era contenido y negado por todos los miembros hasta cierto punto. Linda había respondido con una conducta agresiva y violenta durante su adolescencia, que, al fin, la condujo a evaluación psiquiátrica cuando se le diagnosticó personalidad fronteriza.

Es interesante que durante la Segunda Guerra Mundial y luego del conflicto de Vietnam varios profesionales de la salud informaran la aparición de la neurosis de combate, que consistía en la evocación retardada y los recuerdos intrusos de violentas escenas de batalla (véase Turner, McFarlane y Van der Kolk, en Van der Kolk *et al.*, 1996). Estos informes eran aceptables, pero se descreyó de narraciones similares por parte de mujeres y niños protagonistas de sucesos traumáticos sucedidos en el hogar (véase Herman, 1992, si se desea encontrar un comentario completo de dicha cuestión). Parece probable que, en niños pequeños, dichos recuerdos sean icónicos e inexplicables debido a su falta de comprensión cognitiva de los sucesos. Cuando el abuso persiste durante la madurez, la víctima puede estructurar una narración que constituye un síntoma de su capacidad de adaptarse o ajustarse al abuso. Puede que ellos acepten la “historia familiar”, que reza: “el niño merece castigo”. En mi calidad de terapeuta de adultos sobrevivientes, con frecuencia me he encontrado con algunos que han excusado a sus abusadores con el argumento de que ellos mismos eran

“traviesos” y “tal vez hayan merecido” el abuso físico y hasta el sexual.

### 3. RELACIONES

Uno de los motivos de queja más comunes en los adultos que han sufrido el abuso sexual es una sensación de aislamiento, lo cual ha sido bien documentado (Bagley y Young, 1990; Herman, 1981; Waller, 1994). Este motivo de queja es parte de un problema más amplio de dificultades con las relaciones que sufren muchos adultos sobrevivientes de abuso sexual. Sanderson (1995, p. 263) afirma que este aislamiento conduce a una incapacidad para establecer comunicaciones efectivas. Ella comenta el tratamiento de adultos sobrevivientes, pero apunta que muchos de sus pacientes recuerdan que su propia niñez fue solitaria, y que sus progenitores (o uno de ellos) alentaban tal situación. Ellos también desalentaban cualquier expresión de sentimientos por parte de los niños y una dependencia de las opiniones de los padres exclusivamente. Sanderson (1995) brinda buenos consejos a las parejas de adultos abusados en la infancia al recordarles que deberán ser diligentes y cuidadosos cuando ayuden a sus parejas a expresar sus necesidades y sentimientos.

Las dificultades en la comunicación son habituales en niños que han sido víctima de abuso sexual severo. En un libro referido a mi trabajo con niños sexualmente abusados en la NSPCC (Bannister, 1997, p. 12) brindo un ejemplo de esta afirmación. Las maestras de “Alison” le habían diagnosticado dificultades en el aprendizaje, pero no se le había efectuado una evaluación exhaustiva. Tanto las maestras como los psicopedagogos habían encontrado dificultades para comunicarse con ella. Se sabía en ese momento —en general, a través de información proporcionada por su hermana menor— que ella y sus hermanas habían sufrido de abusos sexuales durante muchos años, tal vez por parte de



ambos padres. Yo pude aceptar su silencio durante una sesión y media. Me senté y arrullé una muñeca mientras ella estaba sentada remilgadamente y en silencio con los ojos bajos, entrelazando sus dedos y soltándolos. Luego de un rato, comenté: "Creo que se ha quedado dormida; qué bien que hayamos estado en silencio." Alison, entonces, saltó y me preguntó si podía escribir en la pizarra que había en el cuarto. Comenzó a comportarse como una maestra, controlando las sesiones e informándome qué pregunta debía formularle y, luego, escribiendo sus respuestas en la pizarra. Me habían dicho que ella no podría escribir su nombre, pero sí se las ingenió para comunicarse conmigo, en general, a través de la escritura, con signos fonéticos y sílabas imaginarias.

Por cierto, estas dificultades de la niña en la comunicación hacían que careciera de amigos fuera de la familia y también que fuera por completo incapaz de hablar del abuso de que era objeto. A veces, los abusadores amenazan a los niños con castigos graves si cuentan acerca del abuso. También afirman, con bastante precisión, que nadie les creerá. En ocasiones, sobornan a los niños con obsequios, para que no digan palabra sobre lo que sucede. En realidad, probablemente el aislamiento, las dificultades de comunicación y la falta de amistades, todo ello provocado por el trauma, tornen imposible que el niño revele si recibe sobornos y es objeto de amenazas o no.

Esta falta de relaciones estrechas de amistad se vincula, probablemente, con la dificultad de establecer lazos afectivos y con los problemas de identidad, sobre los cuales ya he comentado. No es difícil observar que las experiencias traumáticas tempranas del abuso sexual en niños afecta a éstos a lo largo de toda su vida. Las experiencias reparadoras parecen ser esenciales para permitir un desarrollo más exitoso del infante.

## Estudios sobre jóvenes sexualmente abusados

Uno de los problemas de las investigaciones con poblaciones adultas que han sufrido abusos sexuales en la infancia es que puede desencadenarse, con posterioridad al abuso sexual, cualquier síntoma o problema como resultado de los sucesos de su vida. Aun en los niños es difícil establecer una relación causal clara entre el abuso sexual y las dificultades sobrevenientes. Sin embargo, es útil observar específicamente las investigaciones con jóvenes que han sufrido abusos a fin de estar alerta ante cualquier signo temprano de problemas que hayan sido confirmados por investigaciones en adultos.

Ya se han mencionado ciertos estudios efectuados en jóvenes por parte de Friedrich (1988) y Briere y Runtz (1988), pero las investigaciones de Ageton (1983) respecto de la agresión sexual entre adolescentes es de particular interés, porque fue parte de un importante relevamiento nacional entre la juventud de Canadá. La mayoría de los jóvenes sentía enojo, vergüenza, depresión y culpa inmediatamente después de las agresiones, que eran perpetradas, en general, por agresores pertenecientes a su círculo de conocidos. El enojo y la depresión continuaron durante los dos años en los cuales fueron entrevistados los jóvenes. Se informó un miedo creciente a estar solos, al igual que sentimientos de falta de valía y de interés en el sexo (entre adolescentes adultos). Los sentimientos de falta de valía parecen ilustrar problemas de identidad en estos jóvenes.

Un estudio efectuado por Bagley y Young (1995) sobre la prostitución juvenil en Canadá mostró que un 73 % de los jóvenes había sufrido abusos sexuales en la niñez, y que éstos habían sido de carácter muy severo y se habían prolongado durante largo tiempo. Bagley y Thruston (1996) también descubrieron que los adolescentes que habían sufrido agresiones sexuales eran mucho más proclives a exte-

rriorizar somatizaciones, desórdenes emocionales y de conducta, y tendencias suicidas. Podría especularse que los jóvenes que se prostituían y los que sufrían desórdenes de conducta tenían problemas con el establecimiento de relaciones y con la estructuración de su identidad, y bien podrían haber tenido problemas tempranos de vinculación afectiva.

Conte y Schuerman (1988) recolectaron datos de un estudio realizado en colaboración con la Universidad de Chicago y el Centro Médico Harborview de Seattle. Se observaron 369 niños, cuyas edades oscilaban entre los 4 y los 17 años. Todos ellos habían sido objeto de abuso sexual, la mayoría por parte de alguna persona bien conocida por ellos. También se dispuso de un grupo que ofició de muestra comparativa. Un conjunto de asistentes sociales, padres y otras personas significativas completaron un perfil de comportamiento infantil. Los autores fueron cautos sobre los resultados, pero se afirmó que ocho de las conductas eran las más notorias entre los niños. En orden de predominio, éstas eran: baja autoestima, agresividad, temor, escrupulosidad, problemas de concentración, retracción, representación (actuación) y preocupación por complacer. Las diferencias entre los niños abusados y los del grupo de comparación fueron, todas, estadísticamente significativas. El hecho de que algunos niños se mostraran concienzudos parece ser un efecto positivo, pero podía ser un problema de ansiedad; sobre todo, de preocupación por complacer.

Si bien es un mito que los niños que han sufrido abusos sexuales con frecuencia se convierten en abusadores, es verdad que los jóvenes que abusan sexualmente de otros con frecuencia han sido muchas veces ellos mismos víctimas de abuso sexual. Kahn y Chambers (1991) descubrieron que se sabía que un 42 % de los delincuentes juveniles sexuales había sido victimizado sexualmente, y un 47 % había sufrido abusos físicos. Burgess, Hartman y Mc Cormack

(1987) efectuaron el seguimiento de 34 niños involucrados con pandillas de delincuentes sexuales. En el seguimiento, los adolescentes (a los que se comparaba con el grupo de control compuesto por niños no abusados) manifestaron importantes distorsiones cognitivas, tal como la disociación para manejar la ansiedad y el estrés. Los autores sugieren que esta situación podría conducir a la separación de experiencias psicológicas y sensoriales, y que los jóvenes abusados que se convirtieron en abusadores registran un bloqueo masivo de sus mecanismos sensoriales, perceptivos y cognitivos.

Ryan *et al.* (1987) focalizaron su trabajo en delincuentes sexuales juveniles. Los autores sugirieron que, cuando un hombre es la víctima, hay más probabilidades de que internalice la culpa respecto de su debilidad; además, puede expresar enojo e impotencia. La impotencia puede llevar a la toma de poder sobre otros y, junto con el enojo, puede conducirlo a la agresión sexual. Todos los estudios mencionados con anterioridad parecen sugerir que los jóvenes que han sido víctimas de abusos sexuales ya hayan mostrado signos de daño en su desarrollo infantil al momento de llegar a la pubertad o la adolescencia.

## **Factores mediadores sobre los efectos del abuso**

Al observar los efectos del abuso sexual sobre niños pequeños, Lusk y Waterman (1986) también llamaron la atención a los mediadores que pueden contribuir al impacto diferencial del abuso. Los problemas existentes en la familia y la salud mental y emocional del niño previa al abuso parecen provocar un cierto efecto (Adams-Tucker, 1981; Steele y Alexander, 1981). También se ha especulado sobre la relación del niño con el delincuente; la mayor parte de los investigadores concuerdan en que una relación más estrecha entre el delincuente y el niño significa un mayor

trauma resultante (Adams-Tucker, 1982; Steele y Alexander, 1981).

Existen resultados contradictorios en estudios que observan la madurez relativa del niño al momento en que se produce el primer abuso. Algunas investigaciones indican que los niños más pequeños pueden sufrir un trauma mayor (Adams-Tucker, 1982; Steele y Alexander, 1981), pero los demás investigadores han descubierto que los efectos son más dañinos en los niños de más edad (Schechter y Roberge, 1976; Tsai *et al.*, 1979). Los niños más pequeños despliegan, con frecuencia, más síntomas físicos (como ensuciarse con materia fecal; véase Cairns, 1999, p. 53), pero los niños de más edad que han sufrido abusos durante un lapso apreciable pueden tener múltiples problemas que no son tan obvios, debido a que sus conductas destinadas a sobrellevar el abuso están más desarrolladas (Bannister, 1997). La mayor parte de los estudios concuerda en que el abuso afectará a los niños de acuerdo con su edad o nivel de desarrollo (Dixen y Jenkins, 1981).

Ciertas investigaciones más recientes dejan en claro que el abuso sexual de largo plazo (que es probable que comience cuando el niño es muy pequeño) también se encuentra con frecuencia vinculado al abuso emocional y físico, y es más probable que sus víctimas provengan de familias que ya tienen problemas (Bagley, 1996). Es improbable, por lo tanto, que estos niños tengan cuidadores que los contengan y así alivien parte de los peores efectos del abuso.

La índole del abuso también puede ser un factor mediador en síntomas traumáticos ulteriores, y se ha sugerido que las mujeres sufren traumas mayores que los hombres. Esta diferencia puede encontrar su raíz en que, en tiempos pasados, los hombres tendían a exponer el abuso con menor frecuencia que las mujeres (Rogers y Terry, 1984). Sin embargo, revelaciones recientes sobre grandes cantidades de niños víctimas de abusos sexuales en orfanatos sugieren

que los problemas que manifestaron finalmente estos jóvenes fueron el resultado de un abuso sexual no descubierto y temprano (Doran y Brannan, 1996). Ciertas investigaciones más recientes proponen que la sintomatología posterior al abuso no es específica del género (Briere *et al.*, 1988).

## Teorías sobre el desarrollo infantil

Desde Janet en adelante, los psicólogos clínicos han observado que las personas traumatizadas tienden a quedar fijadas en los niveles emocionales y cognitivos en los cuales sufrieron el trauma (Van der Kolk, 1996, p. 204). Mediante el conocimiento de las teorías del desarrollo infantil y del tratamiento apropiado, las opciones para resolver estas dificultades pueden ser múltiples.

En el capítulo uno, expuse algunas teorías sobre el desarrollo infantil que ejercieron particular influencia en mis colegas y en mí. Estas teorías ecológicas y de interacción de Moreno y Jennings/Slade bien pueden haber recibido el influjo de teorías anteriores y similares de Bronfenbrenner (1979) y de Vygotsky (1934). Más recientemente, Howe (1993) ha afirmado que el cerebro está programado con ciertas capacidades, pero que no puede alcanzar su potencial hasta que el entorno brinde ejemplos y experiencias. Más aun, Howe sostiene que la calidad de los ejemplos y las experiencias forjarán de manera singular la realización definitiva del potencial. Así, cualquiera sea la herencia genética (naturaleza) de un niño en particular, las experiencias ambientales (crianza) determinarán la conformación de ese niño en el futuro.

Howe describe el juego con objetos en niños desde los 18 meses, y nota que tales objetos (juguetes, muñecas) se encuentran dotados de estados mentales (proyección). Howe enfatiza que la mayoría de los niños de seis años puede comenzar a imaginar el mundo desde el punto de vista del

otro. Esta capacidad para el desempeño de roles y para la inversión de éstos es un atributo importante en los niños, ya que los ayuda a jugar. Howe efectúa una observación (p. 147) sobre la terapia: "Si hemos de lograr una nueva comprensión sobre el significado de nuestras propias experiencias, tenemos que utilizar el medio en el cual aprendimos a entender el significado de esas experiencias." Howe se refiere aquí al lenguaje como medio, pero, por cierto, el medio también puede ser el juego, que puede incluir el lenguaje; aunque además, muchas otras cosas. Él describe el arte como "la organización de la experiencia y la comunicación de significados" (p. 142). Las terapias creativas, que emplean todo tipo de arte, pueden ayudar a los niños (y a los adultos) a encontrar significado en experiencias caóticas y traumáticas que habrían sido incomprensibles para la mente de un niño.

Si los infantes son capaces de desarrollarse de una forma que les permita absorber experiencias (o almacenarlas) hasta que sean capaces de dotarlas de significado, es más probable que alcancen todo su potencial. Los niños que son bombardeados con sucesos traumáticos y que no logran procesarlos pueden ser incapaces de experimentar progresos satisfactorios. Es posible que necesiten repetir algunos de sus procesos de desarrollo en la terapia creativa de juego antes de integrar los sucesos traumáticos a los cuales estuvieron expuestos. También es posible que, cuando se establezca un entorno exento de riesgos, donde los jóvenes puedan rememorar su desarrollo temprano, repitan algunos de estos sucesos traumáticos (tal vez, en forma de metáfora) y, así, comprendan su significado. El niño, entonces, con el respaldo de sus terapeutas, será capaz de reorganizar su vida de forma tal que pueda incluir estos recuerdos. Este proceso evitará la intrusión de recuerdos no deseados, modificará los estados de amnesia, elevará la autoestima y, en consecuencia, muchos de los síntomas del desorden de estrés postraumático desaparecerán.

## Nota

1. Revisé los registros de unas cincuenta mujeres; es decir, todas las que fueron derivadas a mi atención y a la de mi colega a lo largo de cerca de cuatro años, debido a que habían dañado a sus hijos, y tomé nota de si habían declarado que habían sufrido abusos. Comenté las conclusiones resultantes con mi colega, Prodgers, pero no las volqué por escrito. Por una cuestión de confidencialidad, los registros originales no están, en la actualidad, a disposición para ser examinados.





## **CAPÍTULO III**

### **Las terapias creativas y sus usos**



## La creatividad y el desarrollo del niño

Mi relación con las terapias creativas y el desarrollo infantil comenzó cuando estaba capacitándome en forma simultánea en psicodrama y en dramaterapia y, además, trabajaba en un centro dependiente de la NSPCC, donde acudían jóvenes madres con sus niños para recibir ayuda con el cuidado de ellos. Observé la “danza” existente entre madre e hijo con fascinación. Algunas de las mujeres habían abusado de sus hijos, o los habían descuidado, pero cualquiera fuera la índole de la relación, siempre predominaba una fuerte sensación de importancia mutua en la interacción, aun cuando ésta fuera hostil. Daniel Stern, ese consumado “observador de bebés” (2002), en su nueva introducción a la obra *The First Relationship* (La primera relación), publicada por primera vez en 1977, afirma: “Luego de mucha observación del nivel micro-local de la interacción entre madre e hijo, las metáforas tomadas de la música y la danza no sólo invaden mis escritos, sino que además se convirtieron en mi forma de pensar sobre lo que vi. En cierto sentido, el reconocimiento de la existencia ubicua y la importancia de la dinámica temporal nacieron en este libro” (p. 13).

En mi caso, mi formación en las artes creativas me condujo a emplear terapias creativas y así reconocer las semejanzas existentes entre este tipo de terapia y las interacciones

naturales entre los niños y sus cuidadores. Descubrí los vínculos entre el arte y la curación. El uso de la danza, la canción y los rituales se ha conectado con la curación a lo largo de toda la historia, al igual que el arte, la poesía y la narración. Marina Warner (1994), al escribir su estudio épico sobre cuentos de hadas, afirma: “Comencé investigando el significado de las narraciones mismas, pero no tardé en descubrir que era esencial contemplar el contexto en el cual se contaban, quién se las contaba a quién y por qué” (p. xii). Los cuentos de hadas constituyen metáforas indudables para numerosas verdades, pero sólo pueden ser comprendidas en contexto. Por cierto, su profunda significación en muchas culturas no está limitada a los niños.

En mi propio trabajo, he empleado cuentos de hadas, en particular el de “Caperucita roja”, con niños y mujeres adultas abusados sexualmente. También he usado el cuento tradicional (La serpiente dragón) “The Lingworm” con un niño de 12 años que había sido objeto de abuso sexual (Bannister, 1997, pp. 87-90). Poco tiempo atrás, en uno de mis grupos de investigación compuesto por niños de siete a nueve años, ellos mismos, sin sugerencia alguna, utilizaron el cuento de “Los tres cerditos” (véase el capítulo seis). La misma historia utilizó un niño de cinco años a quien atendí en terapia individual (Bannister, 1997, pp. 79-80). Algunos dramaterapeutas, como Cattanach (1997) y Gersie (1992), también han documentado el uso de narraciones con niños.

Warner nos recuerda la cantidad de cuentos de hadas que versan sobre niños con madres ausentes, criados por “perversas madrastras” o “malvados tíos”. Es claro, entonces, el reconocimiento de la pertinencia de los cuentos de hadas para los niños abusados. El cuento de “La Cenicienta”, por ejemplo, conocido en numerosas culturas en sus diferentes variantes, constituye un epítome de dicha afirmación, y con frecuencia, lo eligen los mismos niños abusados para sus representaciones teatrales, tanto en el juego como

en la terapia (Bannister, 1997, pp. 80-81). Tal es el interés de Warner que dedica una sección de su estudio al análisis de un cuento de hadas llamado “Donkey skin” (Piel de asno), que relata la historia de un padre que desea casarse con su hija. La investigadora afirma que esta historia ha sido ampliamente narrada en muchas culturas (y tal vez fue publicada por primera vez en 1694, en Francia), pero, desde entonces, ha sido censurada. La relación con el abuso sexual infantil se torna manifiesta en dicha narración. En el “final feliz”, cuando la hija se casa con su príncipe, el padre llega a la boda “purificado de su aberrante pasión” (p. 324).

Cuando los niños actúan tales historias, sus cuerpos adoptan los movimientos y la postura de los personajes de los cuentos de hadas. Esta característica mejora su comprensión, que no es forzosamente cognitiva. Los adultos, con frecuencia, narran tales historias a los niños durante los momentos de intimidad, cuando se forjan o refuerzan los vínculos afectivos. El adulto (o adultos) y el niño (o los niños) realizan dichas conexiones a través de la historia, ese “espacio intermedio”. Los neurocientíficos nos dicen que el hemisferio derecho tiene a su cargo los afanes artísticos, mientras que el hemisferio izquierdo influye en las experiencias más cognitivas. Es posible que las terapias creativas, que operan a partir del hemisferio derecho, ayuden a realizar conexiones físicas en nuestro cuerpo. La conexión esencial entre nuestro cuerpo y nuestra mente ha sido reconocida por los chamanes de varias culturas, por la medicina china y, en la actualidad, por los tratamientos holísticos.

En el siglo xx, el resurgimiento de dichos tratamientos ha sido atribuido, con frecuencia, a J. L. Moreno, un psiquiatra que vivió en Viena durante la década del veinte (véase el capítulo uno). Había recibido la influencia de su contemporáneo más añoso, Freud, pero Moreno describía su propio trabajo como “volver 5a situar el humor en la psiquiatría”. Marx también fue una influencia, y el objetivo de Moreno

fue que este tipo de psiquiatría, a la que llamó “psicodrama”, incluyera a “toda la humanidad”. Resulta interesante que haya descubierto el psicodrama al observar el juego de los niños en los jardines públicos de Viena. Las relaciones con el juego y con los niños son extremadamente importantes en la obra de Moreno, y su comprensión del desarrollo infantil es crucial para su teoría de la espontaneidad y la forma en que ella influye en la curación (Moreno, 1977; Moreno, 1993; Blatner, 1997; Karp, Holmes y Bradshaw-Tauvon, 1998). Karp, quien se formó con Moreno, afirma que también hizo hincapié en el uso esencial del cuerpo en la terapia, y a menudo les repetía a sus alumnos que “el cuerpo recuerda lo que la mente olvida” (Karp, comunicación personal, 1978).

## **Psicodrama**

El psicodrama (literalmente, “obra o acción de la mente”) tiene estrechas relaciones con el teatro —si bien es teatro sin libreto—, y los actores personifican escenas de sus propias vidas. El director es un terapeuta y dirige la acción determinada por el protagonista (o actor principal), asistido por auxiliares, que pueden ser terapeutas capacitados u otros miembros de un grupo terapéutico. Moreno también descubrió la sociometría gracias a su interés en las relaciones entre las personas de los grupos, y entonces el psicodrama se convirtió en un método psicoterapéutico que se practicó, en gran medida, en grupos. Sin embargo, este método puede emplearse en sesiones uno-a-uno mediante el uso de objetos inanimados en lugar de personas. Aquí es donde las similitudes que han de actuarse son más claras, dado que las muñecas y los títeres —o, incluso, almohadones y otros objetos— pueden usarse para representar personas, animales, edificios, o sólo ideas o conceptos.

El psicodrama puede aplicarse en muchos casos, no sólo con niños y adolescentes. Se lo utiliza habitualmente con

adultos que han sufrido abuso sexual, con los que padecen dependencia del alcohol o las drogas, con abusadores sexuales y con personas afectadas por enfermedades terminales (véase Holmes y Karp, 1991, para encontrar ejemplos de todas estas aplicaciones). También puede combinárselo con otras terapias, tal como lo he hecho con la dramaterapia y la terapia del juego, y con otras teorías psicológicas. Farmer (1998), un psiquiatra clínico que es también un calificado psicodramatista, usa la medicación estándar para sus pacientes depresivos, a fin de tratar el mal funcionamiento cerebral, pero luego también emplea el psicodrama para tratar el estrés psicológico subyacente. Holmes (1992), que es también psiquiatra, combina la teoría de las relaciones de objetos y el psicodrama en el ejercicio de su profesión, sobre todo con los adolescentes. Los psicodramatistas, entonces, al igual que la mayor parte de los terapeutas que emplean el arte, reciben influencias de numerosas fuentes.

El interés de Moreno en el desarrollo infantil ya ha sido descrito en el capítulo uno. Él enfatizó las tres etapas de desarrollo, que consisten en: encontrar la identidad, reconocer el yo y reconocer al otro. Estas etapas, cuya facilitadora en el niño es, por lo general, la madre o su cuidador principal, pueden verse dañadas o demoradas por experiencias traumáticas (Herman, 1992). El psicodrama emplea las técnicas de duplicación, el espejamiento y la inversión de roles para replicar dichas etapas del desarrollo y para permitir la curación o un nuevo crecimiento.

La investigación en materia de psicodrama ha proliferado durante los últimos años. Desde 1994, se han publicado más de cincuenta trabajos de investigación sobre los efectos del psicodrama, varios de ellos en Alemania, donde el psicodrama se encuentra en su apogeo, y otros en los Estados Unidos, India, Turquía, España, América del Sur y el Reino Unido. De particular pertinencia para mi propia investigación es un estudio efectuado por Carbonell y Parte-



leno-Barehmi (1999), en el que se describen grupos de psicodrama para niñas que sobrellevaban traumas, y varias investigaciones de Hudgins (1998) y sus colegas (Hudgins y Drucker, 1998; Hudgins, Drucker y Metcalf, 2000) sobre el psicodrama que involucra traumas sexuales. Todos ellos parecían mostrar la efectividad de las intervenciones del psicodrama en su grupo de pacientes. El trabajo de Hudgins en los Estados Unidos con mujeres sobrevivientes del abuso sexual tiene muchas semejanzas con el mío, dado que ella emplea un concepto que denomina el “doble contenedor”. Esta noción está íntimamente ligada con la técnica de la duplicación del psicodrama, que es un componente clave en mi trabajo con niños.

Otra investigación pertinente es la de Mehdi, Sen y Sen (1997), que estudia el efecto del psicodrama en pacientes depresivos, dado que la depresión es un síntoma común entre mujeres adultas que han sufrido abusos sexuales. Más específicamente, Pearson (1994) trabajó con mujeres adultas sobrevivientes de abusos sexuales sufridos en la infancia en los Estados Unidos, y su empleo del psicodrama fue efectivo. Ragsdale *et al.* (1996) estudiaron el efecto del tratamiento de corto plazo de pacientes internados mediante el empleo del psicodrama y del consejo asistido (*counseling*) en pacientes con DEPT vinculados con la guerra, y, en especial, con niños. Ruiz Lazaro, Velilla Picazo y Bonals Pi (1996) utilizaron el psicodrama en niños en edad escolar de una unidad psiquiátrica y obtuvieron buenos resultados. Todos estos estudios demostraron que el psicodrama significó una intervención útil.

## **Dramaterapia**

Mientras el psicodrama ya se encontraba en su apogeo en los Estados Unidos y partes de Europa a partir de la década del cuarenta, la dramaterapia se desarrollaba en el Reino

Unido alrededor de la misma época. A Peter Slade (1995) se atribuye el uso del teatro como terapia, que emergió a partir de su trabajo en educación. Tenía pleno conocimiento de la importancia del juego para los niños y el papel que desempeñaba en el desarrollo humano. Al igual que Moreno, no se concentró sólo en los aspectos terapéuticos del teatro o del juego sino, con mayor energía, en su valor esencial en un crecimiento saludable. Moreno comprendió la importancia de los rituales que los niños incorporan con toda naturalidad a sus juegos, y el valor de la fantasía. Hace especial hincapié en la importancia del “juego personal”, que hace referencia a la acción que emprende el niño (mediante el uso del cuerpo). Luego, describe el “juego de proyección”, en el cual el niño incorpora otros objetos, tales como juguetes o materiales para dibujar, etc. Puntualiza que tanto el juego personal como el de proyección continúan —y son todavía muy necesarios para su desarrollo— hasta la adolescencia temprana. Luego, enfatiza la importancia del desempeño de roles y lo que él denomina “teatro social”.

La dramaterapia observó ulteriores desarrollos gracias a la antropóloga Sue Jennings (1987). Ella describe un periodo a principios de la década del sesenta en Gran Bretaña, cuando la aplicación del teatro dentro del marco educativo comenzaba a dirigirse hacia el trabajo en las áreas clínicas. La descripción de Jennings sobre la teoría de la dramaterapia en el desarrollo infantil, obtenida de Slade, ha sido citada en el capítulo uno. Jennings (1995) también describe muchas aplicaciones del método, con grupos o con cada paciente en forma particular, con niños y adultos, con pacientes psiquiátricos y con personas mayores, etc.

La dramaterapia ha atraído a muchos profesionales interesados en el teatro y la literatura, y, por lo tanto, el método se ha visto enriquecido por aplicaciones que emplean las obras teatrales de Shakespeare, los mitos y las tragedias griegas, y los cuentos de hadas. Con frecuencia, se denomina

“teatro terapéutico”. A diferencia del psicodrama, la dramaterapia no tiene, por lo general, un único protagonista que, abiertamente, trabaja sus dificultades personales dentro de un grupo o en un entorno uno-a-uno. Es muy probable que el entorno dramaterapéutico sea el de un grupo, que puede tener alguna homogeneidad; por ejemplo, el grupo puede estar formado por personas con dificultades en el aprendizaje. Sin embargo, es probable que el trabajo personal que realizan los participantes se efectúe a través del distanciamiento dramático y la identificación simbólica. Al igual que en el psicodrama, el grupo puede elegir trabajar a nivel preverbal y bien puede emplear arquetipos. Al igual que en la terapia del juego, descrita en párrafos siguientes, la dramaterapia se ve también influida por el método Sesame, cuya pionera fue Marian Lindkvist (Pearson, 1996), donde el énfasis está puesto sólo en el cuerpo y es, en gran parte, no verbal.

De manera idéntica al psicodrama, la dramaterapia también ha sido objeto de exhaustiva investigación en el Reino Unido. Jennings ha emprendido numerosos estudios, sobre todo, respecto a la infertilidad; Doker se ha dedicado a los aspectos antropológicos y culturales; y Grainger ha centrado su interés en la religión y la salud. Los detalles de estas investigaciones (la mayor parte, inédita) puede encontrarse en la obra *Handbook of Inquiry in the Arts Therapies: One River, Many Currents* (Manual de investigación sobre las terapias artísticas: un río, muchas corrientes), de Payne (1993). De particular pertinencia para mis propios estudios de investigaciones es el trabajo realizado por Winn (1994) sobre el uso de la dramaterapia en el tratamiento del desorden de estrés postraumático. Si bien su trabajo estaba dirigido a adultos tales como militares, policías y personal de emergencias que habían sufrido DEPT y no a niños que habían sufrido abuso, Winn demostró la efectividad de la dramaterapia en su recuperación. Sugirió que este fenómeno se pro-

ducía porque la dramaterapia actúa en forma directa sobre los sentimientos de la persona. No depende de narraciones verbales del incidente traumático que, según sugiere Winn, muchos profesionales brindan sin comprometer sus emociones, y son expertos en ello. Por la misma razón, los niños pueden beneficiarse con la dramaterapia, porque es posible que carezcan de palabras para describir sus experiencias.

## Terapia del juego

La psicóloga estadounidense Virginia Axline es responsable del crecimiento de la terapia del juego, que desarrolló ella misma a partir de su trabajo clínico con niños en forma individual. Ella postuló que: “parece haber una poderosa fuerza dentro de cada persona que brega, de continuo, en favor de la completa realización del yo” (Axline, 1947). Ella relacionó este fenómeno con la aceptación del yo, por parte del yo y por parte de los otros, y siguió la idea rogeriana del concepto positivo incondicional (Rogers, 1951) en su trabajo terapéutico; además, demostró su comprensión de la necesidad de jugar, ligada al desarrollo, que tienen los niños. A través de su trabajo con niños, caracterizado por un estilo no directivo, ella logró conectarse con la capacidad de éstos de curarse a sí mismos. Al crear un entorno exento de riesgos y de total aceptación, con límites claros, permitió a los niños ser ellos mismos, a fin de entender su propia identidad y la de los otros. Mediante la expresión y la validación de emociones, y haciendo que el niño viera el reflejo de éstas, los pequeños pacientes lograban desarrollar sus personalidades de manera auténtica y, más aun, superar el daño provocado por el trauma.

No debe pasarse por alto el trabajo de Françoise Dolto,<sup>1</sup> psicoanalista francesa especializada en niños, en París, durante la segunda mitad del siglo xx. Dolto trabajó con niños

muy pequeños, junto con sus madres u otros cuidadores. Al hablarle de manera directa al niño (y no al adulto sobre el niño), forjó una forma de trabajo a la que denominó “decir la verdad”. Conocía su propia intuición, por lo cual observaba en detalle la gestualidad corporal y facial del niño, y también tenía muy presente el intercambio intuitivo, no verbal entre ella misma y el niño. Tengo la impresión de que trabajaba con el espacio potencial, descrito por Winnicott, al que yo llamo “el espacio intermedio”. Dolto también propiciaba el uso de títeres para hablar y jugar con los niños, por lo cual puede describírsele como una terapeuta temprana del juego. El trabajo de esta psicoanalista fue original; sin embargo, el trabajo terapéutico con niños y títeres fue descrito mucho antes (Bender y Woltman 1936, 1937). Bender y Woltman hicieron uso de los “espectáculos de títeres” con “niños con problemas de conducta”. Más tarde, Lyle y Holly (1941) explicaron el valor terapéutico de los títeres, mientras que Woltman (1943) describió sus experiencias con el uso de títeres en un entorno de orientación para el niño.

La terapia del juego ha llegado a nuevas instancias en el Reino Unido. Entre sus artífices podemos citar, entre otros, a West (1992), y a Wilson, Kendrick y Ryan (1992). West afirma que su trabajo está “centrado en el niño”; esta expresión también fue utilizada en mi obra (Bannister 1990/1998) en una descripción de la terapia interactiva del juego desarrollada por un equipo de asistentes sociales (entre las que me incluyo) en 1987-1988 (véase el capítulo uno). El término “terapia del juego centrada en el niño” fue quizá usado por vez primera por Moustakas (1953). Wilson, Kendrick y Ryan han descrito su trabajo como “terapia no directiva del juego”, y siguen un abordaje más rogeriano que, posiblemente, tenga menos relación con el psicodrama o la dramaterapia. El modelo de Cattanach de la terapia del juego (1992) reconoce la importancia del proceso de desarrollo del niño y en-

fatiza el simbolismo del juego. Mi propio abordaje de la terapia del juego tiene muchas semejanzas con el modelo de Cattanach, y podría caracterizárselo por los siguientes puntos:

- *Centrado en el niño*: permite siempre al niño que lidere, pero valora la espontaneidad, la creatividad y la *interacción* entre el terapeuta (o los terapeutas) y el niño (o los niños).
- *Consciente del desarrollo*: reconoce los procesos evolutivos que tienen lugar en el niño, y comprende que el juego es un vehículo para el crecimiento.
- *Enfatiza la seguridad*: sobre todo, mediante el empleo de simbolismos y metáforas, y mediante la contención y los límites.
- *Tendiente a la acción y al uso del cuerpo*: tal como lo postuló Moreno, su pionero, en el psicodrama.

## Terapias creativas o terapias del arte

Si bien los terapeutas creativos pueden haber sido formados como terapeutas del arte, de la música o del movimiento y la danza, por nombrar algunas variantes, muchos emplean su creatividad de manera ecléctica, pero dentro de los límites de sus disciplinas teóricas. Mi propio entrenamiento teórico ha sido realizado en el psicodrama y en la dramaterapia, pero, en el trabajo con niños, adapté esas disciplinas a fin de incluir los métodos de Axline de terapia del juego. El resultado fue la estructuración del modelo que muestro en párrafos anteriores. Al igual que Cattanach (1992), he utilizado técnicas de dramaterapia relacionadas con la fantasía y la narración de historias, con el propósito de enriquecer el juego que trae el niño. Cuando el juego es interactivo, entre dos o más personas, cada una de ellas aporta su propia espontaneidad y creatividad. Esto significa

que, aunque las necesidades y los deseos del niño se respeten en su totalidad, se les permite extender sus juegos, si así lo desean, y ampliarlos para que puedan tomar conciencia de su propio potencial.

Pese al hecho de que carezco de capacitación en materia de terapia artística y musical, es frecuente que los niños deseen utilizar el arte o la música en la terapia que hacen conmigo. Por eso, siempre los proveo de materiales artísticos, y cada uno de los pacientes los usa como desea. Tengo entrenamiento en la música y en el canto, y sé que, a menudo, el uso de la voz es importante para los niños. Varios de ellos desean incrementar la potencia de su voz, a fin de ser oídos, y en ocasiones empleo ejercicios de canto para este fin. Una adolescente trabajó con la danza y el canto, con la ayuda de cintas de música *pop* que ella misma trajo. La terapia del juego es rica gracias a su eclecticismo y, sin duda, emplea numerosas teorías tomadas de la terapia musical, y la del movimiento y la danza. La experiencia terapéutica se encuentra en la creatividad que el niño aporta, de cualquier manera que la exprese, y en la aceptación y el entendimiento que le brinde el terapeuta.

## **Justificación del uso de terapias creativas con niños que han sufrido abuso sexual**

La bibliografía existente nos muestra a las claras que el empleo de diversos métodos de tratamiento puede ser beneficios para niños víctima de abuso sexual. Es difícil saber si éstos son efectivos en el largo plazo así como en el corto plazo. Es complicado juzgar la severidad relativa del abuso sufrido por los diferentes niños. En realidad, considero que dicha medición es imposible de realizar, porque cada niño se ve afectado de una manera tan particular por el entorno, por todas las variables del abuso mismo y por el respaldo

ulterior, pues el “tratamiento” o la “terapia” es sólo una pequeña parte de la ecuación. Es obvio que se necesita un abordaje centrado en el niño, que pueda tener en cuenta las diferencias existentes entre los niños, en su historia y en sus circunstancias presentes. El más apto parece ser un método flexible, que no contenga un plan o un programa prefijado.

Sin embargo, resulta vital que tal método esté afirmado en la teoría; de lo contrario, cualquier tratamiento podría ser sólo un paliativo en el corto plazo. Es posible que no exista tratamiento que logre brindar beneficios a largo plazo. Un vistazo a la literatura que versa sobre la terapia con adultos que han sufrido el abuso sexual en la niñez parece indicar que muchas personas tienen problemas a lo largo de su vida, probablemente como resultado del trauma sufrido en la infancia. Sin embargo, los tratamientos para niños que han sido objeto de abusos sexuales eran casi desconocidos hace 20 años y, aun hoy son relativamente raros.

He sugerido que, desde una edad muy temprana, los niños pueden responder a las intervenciones terapéuticas que los ayuden a recuperarse del daño provocado por el abuso sexual. Kazdin (1994) examinó el amplio campo de la investigación en materia de psicoterapia con niños y adolescentes. Dichos jóvenes padecían todo tipo de dificultades conductuales y emocionales. Las terapias empleadas en los diversos estudios incluían el psicoanálisis y la psicoterapia orientada psicodinámicamente, el tratamiento no directivo y relacional, la terapia del juego, la terapia conductista, la terapia conductista cognitiva, la terapia de familia y el tratamiento basado en la escuela y en la comunidad. Kazdin reconoció que la investigación de muchas otras terapias relacionadas con niños todavía es terreno casi yermo. Sus estudios demostraron que la mayor parte de los tratamientos producen “resultados beneficiosos”. Sin embargo, Kazdin puntualiza que la mayoría de los estudios no incluye el se-



guimiento a largo plazo, y dos que sí lo hicieron (durante los 18 meses posteriores al tratamiento) mostraron una importante mejora en las medidas de neurosis, conducta antisocial y puntuación total de síntomas, si bien los resultados tempranos de estos dos estudios no fueron promisorios. No podemos descartar la idea de que el niño puede, simplemente, “superar” ciertos síntomas y conductas antisociales. En otras palabras, es posible que sus procesos de evolución y maduración operen suficientemente bien como para dejar de lado ciertas conductas o síntomas, a su debido tiempo. También es posible que los tratamientos recibidos en esos dos estudios hayan provocado un efecto sobre el desarrollo de los pacientes que haya sido potente como para permitirles cambiar su conducta; a lo largo del tiempo. Sin embargo, los dos métodos terapéuticos empleados en esos dos estudios se describen como “terapia de grupo” y “modificación de la conducta”; métodos que, por lo general, han sido considerados muy diferentes en su aplicación.

El concepto de “terapia de grupo” es muy amplio. Se atribuye a Moreno el hecho de haber acuñado la locución “psicoterapia de grupo”, en la cual enfatizó la importancia de las intervenciones terapéuticas de miembros del grupo, en oposición al hecho de que el interés se centre en un líder. La psicoterapia de grupo con jóvenes —sobre todo, adolescentes— se ha centrado en los “métodos de acción” o “métodos creativos”, si bien también puede incluirse el análisis de grupo. La terapia de grupo con adolescentes, en oposición a la de adultos, es de gran aceptación, porque la adolescencia es un momento en que el grupo de pares probablemente tenga una mayor influencia en sus miembros.

Por otra parte, la modificación de la conducta se concentra en los síntomas disfuncionales y puede incluir un sistema de recompensas cuando el comportamiento es bueno, o puede contemplar explicaciones de toda conducta antiso-

cial (como en el tratamiento que, con frecuencia, se emplea con los delincuentes sexuales adultos). Por cierto, es factible que la terapia de grupo no brinde resultados inmediatos y que necesite de tiempo y maduración para ser efectiva. Por ejemplo, estos métodos se emplean ante síntomas tales como mojar la cama. Sin embargo, este signo puede, a veces, evidenciar la angustia en un niño traumatizado, y desaparece cuando el niño aprende otros comportamientos para sobrellevar la situación.

### **El trauma y el tratamiento reparador**

Es útil recurrir a estudios que muestren los probables efectos del trauma en el desarrollo del niño, y la manera en que estos efectos pueden ser superados a través de un tratamiento que imite los aspectos del desarrollo del niño de manera positiva y reparadora. Uno de dichos estudios es el de Young (1992), que vincula el abuso sexual severo con el problema de la corporización del trauma. Ya he comentado el hecho de que los niños que han sido víctimas de abusos sienten que se ha quebrado su integridad sexual, que su cuerpo es “asqueante” o que está “dañado”. Muchos niños que acuden a terapia expresan fantasías sobre un “bebé muerto” (Bannister, 1995, pp. 174-177), o sienten que parte del cuerpo murió en la infancia. Young señala que muchos de los efectos del abuso sexual en niños se refieren al cuerpo: disociación, desorden de personalidad múltiple (en la actualidad, conocido como “Desorden de Identidad Disociada” o DID), desórdenes alimentarios, perturbaciones somáticas, automutilaciones y suicidio. La disociación, por supuesto, se describe con frecuencia como “abandonar el cuerpo”, y la mayor parte de las víctimas de abusos sexuales severos experimentan este fenómeno en repetición durante muchos años con posterioridad al abuso. El DID es una forma extrema de disociación.

Tal como he apuntado en el comentario sobre el desarrollo del niño, nuestras experiencias primarias son sensoriales y no verbales, y puede suceder que las experiencias tempranas del abuso sexual queden en la memoria sensorial y no puedan expresarse con palabras, sino sólo con el cuerpo. Moreno lo expresó de esta forma: “El cuerpo recuerda lo que la mente olvida.” Es notable en el trabajo clínico que numerosos niños abusados sufran de problemas somáticos, tales como dolores de cabeza, de estómago, problemas de incontinencia o intestinales. Sobre esto último, el doctor G. Devroede, de Canadá (comunicación personal 1994), ha realizado algunos trabajos. Devroede ha mostrado la relación entre el abuso sexual y la constipación y otros problemas intestinales en mujeres adultas. Además, son numerosas las investigaciones publicadas sobre reacciones somáticas y emocionales al abuso sexual (Rapkin *et al.*, 1990; Reiter y Gambone, 1989; Rimsza, Berg y Locke, 1988; Toomey *et al.*, 1993; Walker *et al.*, 1988).

En los escritos que registran su trabajo con adolescentes, la dramaterapeuta Renee Emunah (1995) enfatiza la “cohesión de la identidad” y la oportunidad de expresar diferentes roles. También comenta la facilidad con la cual las sesiones de dramaterapia pueden convertirse en psicodrama y viceversa. Los adolescentes pueden preferir comenzar a trabajar, dentro de la dramaterapia, con una situación hipotética de abuso y desembocar en una situación específica, de sus propias vidas, en psicodrama. Por este motivo, la capacidad de ser flexible dentro de las terapias creativas es importante.

Peter Pitzele (1991) emplea un abordaje similar al describir su grupo de trabajo psicodramático con adolescentes en un entorno de pacientes psiquiátricos internados. Algunos de estos jóvenes habían sufrido el abuso físico o sexual, y todos ellos tenían baja autoestima. Pitzele reconoce que los jóvenes con los que trabaja tienen un sentido defectuoso

del yo, y describe el uso de “la máscara” a través de la cual se presentan estos pacientes. Su labor psicodramática se orienta a la máscara, que reconoce como un rol, y permite que los adolescentes exploren las identidades que se esconden tras ella.

Anna Chesner es una psicodramatista que también trabaja en el “teatro de reevocación”, el cual se describe como una forma ritual de teatro improvisada creada en el momento, mediante la colaboración singular de la audiencia y los actores (Chesner, 2002). Chesner describe la seguridad y la contención del uso del “espejo” en la reevocación, donde el protagonista observa que los demás actúan el drama de su propia vida; además, afirma que la contención también la brinda la forma ritual, y que los resultados de curación enfatizan una apropiada distancia estética.

Young nos recuerda los síntomas de la anorexia y la bulimia que sufren muchos supervivientes abusados y, además, los problemas de obesidad que acosan a otros. Young cita a Briere (1984) para ilustrar su experiencia de una muy alta incidencia de jóvenes que se han automutilado o que han cometido intentos de suicidio. Young saca como conclusión que la cuestión de la corporización tiene muchos puntos de contacto con la investigación referida a la evaluación y el tratamiento del abuso sexual. Comenta que tanto la dramaterapia como la terapia de la danza y el movimiento emplean la corporización, al igual que otras terapias artísticas, tales como la terapia de la poesía y del arte, que incluyen aspectos de la corporización que pueden ser, en particular, pertinentes para los supervivientes del abuso sexual.

Pearson (1996) ha escrito acerca del método Sesame de terapia, que emplea la seguridad y la contención, y permite “jugar” a los participantes. Pearson asimila las sesiones de teatro y las de movimiento al “espacio potencial” comentado por Winnicott. En principio, estoy de acuerdo con que dicha terapia ocupa este espacio, el “espacio intermedio”,

según mi nomenclatura. El método Sesame emplea los “recuerdos del cuerpo” y permite que los participantes se “descubran a sí mismos” o que “encuentren su identidad” (pp. 7-16). Pearson se refiere, sobre todo, a su uso con niños que han sufrido el abuso sexual.

Por último, señalo a Kellermannn y Hudgins (2000) y su amplio trabajo psicodramático con personas que han sufrido traumas, en particular los que padecen de DEPT. Kellermannn afirma: “Las imágenes, las emociones y los recuerdos que sean demasiado dolorosos son expulsados de la conciencia, pero permanecen ocultos dentro del cuerpo como sustancias extrañas con manifestaciones psicósomáticas” (p. 25). Considera que: “la espontaneidad... es responsable del equilibrio de la persona” (p. 26). En su calidad de psicodramatista capacitado con Moreno, considera que la recuperación de la espontaneidad puede considerarse el “motivo principal” del psicodrama con personas que sufren de DEPT. Moreno consideró que todos los niños demostraban la espontaneidad durante el proceso del nacimiento y que ésta era esencial para el desarrollo. El trauma puede inhibir la espontaneidad, pero Kellermannn nos recuerda que las representaciones psicodramáticas son capaces de “permitir el incremento de la espontaneidad para que pueda aliviar el impacto psicológico del trauma” (p. 26).

Kellermann edita su libro sobre *Psychodrama with Trauma Survivors* (Psicodrama con supervivientes de traumas, 2000) con Hudgins, quien ha formulado un método específico para trabajar con mujeres que han sufrido el abuso sexual. El Modelo Terapéutico en Espiral (TSM, según su sigla, en inglés) emplea “la contención, la expresión, la reparación y la integración del material no procesado que conforma el trauma” (p. 230). Si bien Hudgins trabaja sobre todo con adultos, su modelo de psicodrama con supervivientes del abuso sexual agrega peso al argumento que afirma que el abuso sexual puede interferir en el proceso evolutivo

del niño. Hudgins emplea técnicas de desarrollo tales como el “doble contenedor”; además, la investigación de Hudgins con Drucker y Metcalf (2000) demuestra bien la eficacia del psicodrama con supervivientes del abuso sexual.

Es posible que todos estos abordajes terapéuticos sean similares a mi propio trabajo en sus comienzos (Bannister, 1990, reimpreso en 1998), en el cual describí el abordaje interactivo que empleé con niños pequeños sexualmente abusados (véase el capítulo uno). Había desarrollado una terapia que era una combinación de técnicas tomadas de la terapia del juego, el psicodrama y la dramaterapia, y con mis colegas logramos una descripción: abordaje interactivo. El objetivo de esta denominación era ilustrar el hecho de que los niños contribuían de manera significativa a su propia curación. Parecía ser efectivo con los muchos niños abusados sexualmente que observaba el equipo de terapeutas, del cual yo era parte. Se formó la hipótesis de que el abordaje interactivo puede duplicar el proceso evolutivo que tiene lugar durante la infancia y la niñez. Por cierto, se reconocía que el desarrollo del vínculo afectivo podía ser disfuncional o estar ausente cuando no existía la oportunidad de que se produjera una interacción entre madre o cuidador permanente (uno o varios) y el niño.

Esta duplicación del proceso de vinculación afectiva puede tener lugar, hasta cierto punto, en cualquier alianza terapéutica. Sin embargo, es la combinación singular de este lazo, junto con el uso del cuerpo, el empleo del simbolismo y la comunicación no verbal (en el “espacio intermedio”), además del uso específico de las técnicas psicodramáticas de desarrollo, lo que se combina para hacer que este abordaje interactivo sea en especial valioso para el trabajo con niños traumatizados.

Sostengo que las terapias creativas en general, y sobre todo las que incluyen la corporización, tales como el psicodrama, la dramaterapia y la terapia del juego, son en parti-

cular útiles y pertinentes para los sobrevivientes del abuso sexual infantil por tres razones de peso:

- El trauma producido por el abuso sexual severo en la primera infancia provoca un daño a los procesos evolutivos (sobre todo, a los procesos de vinculación afectiva), que deben ser tratados a través de una terapia que repita algunos de estos procesos de manera positiva.

- Dado el daño ocasionado al proceso de corporización que tiene lugar durante el abuso sexual del niño, el tratamiento debe ocuparse de estos problemas físicos mediante el uso de una terapia complementaria que utilice el cuerpo.

- Los niños que acuden a terapia deben estar contenidos de manera segura, lo cual también les es familiar. No deben ser retraumatizados al volver a experimentar sus recuerdos del abuso. El empleo de las metáforas y los simbolismos es común en el juego de los niños, donde lo utilizan para expresar y contener sentimientos de temor o de peligro. Dicho de otra forma: el terapeuta debe tener muy presente el “espacio intermedio” y respetarlo.

Los tres puntos mencionados brindan la justificación del uso de las terapias creativas con niños que han sido víctimas de abusos sexuales. Sobre estos puntos me explayaré en los párrafos siguientes.

### **El daño a los procesos evolutivos, incluida la vinculación afectiva**

El estudio del trauma psicológico ha sido motivo de extensa cobertura por parte de Herman (1998). Herman presenta gran cantidad de evidencia que explica la forma en que los sucesos traumáticos se transforman en recuerdos congelados (pp. 33-50). Nos brinda numerosos ejemplos que demuestran que los recuerdos traumáticos carecen de

narración verbal y contexto, y que se encuentran codificados en la forma de vívidas sensaciones e imágenes. Una evidencia, en particular importante, que cita esta investigadora pertenece a Terr (1988), quien ha documentado las historias de 20 niños que habían experimentado traumas severos en sus primeros dos años y medio de vida. Ninguno podría ofrecer ninguna descripción verbal del trauma documentado. Sin embargo, cerca de los cinco años de edad, 18 de ellos fueron capaces de representar de nuevo esos sucesos en sus juegos con asombrosa precisión. Por ejemplo, uno de los niños negó todo conocimiento o recuerdo de su abuso sexual perpetrado por una niñera durante sus primeros dos años y medio. En sus juegos, sin embargo, volvió a representar escenas que mostraban una película pornográfica realizada por la niñera. Este tipo de experiencia también ha sido bien documentada por Citron (en Bannister y Huntington, 2002). Citron describe a un niño de cuatro años que representaba (en terapia) una escena de abuso sexual con su padre (que había sido, en parte, atestiguada por la madre). El niño, con posterioridad, negó todo conocimiento de este abuso o del juego. La doctora Citron aclara que el niño puede haber realizado una disociación entre el abuso y el juego.

Sugiero que, dado que a estos recuerdos sensoriales e icónicos se puede, en apariencia, sólo acceder de una manera sensorial e icónica, tal como la que provee el juego, o las terapias creativas que utilizan el juego, entonces dichos métodos deben utilizarse para ayudar a los niños que han sufrido abusos durante sus años de desarrollo. En verdad, no sólo puede ayudarse a los niños; los adultos que han sufrido abusos en la infancia también pueden recibir auxilio para que cobren sentido los sentimientos que no pueden entender. Herman también cita a Janet (1919), quien explica que la memoria normal es la “acción de contar una historia”. Afirmó que la “idea fija de un suceso” no es, por ende, un recuerdo en el verdadero sentido, porque la persona ha



sido incapaz de incorporarlo en una narración. Herman brinda un ejemplo de un veterano de la Primera Guerra Mundial que era un excelente narrador de la historia de su vida, pero cuando llegaba a sus experiencias específicas en las trincheras, se tornaba afectado y sólo podía hablar con breves exclamaciones de ira y traición.

Estos ejemplos pueden demostrar que los recuerdos traumáticos se encuentran codificados de manera sensorial, aun en la adultez. Winn (1994) describe su trabajo de dramaterapia con soldados que sufren de DEPT. Winn muestra la forma en que algunos veteranos no desean recordar los horrores que han experimentado, pero al mismo tiempo desean desterrar toda pesadilla y reevocación intrusa. Dentro de la contención de la metáfora, y a partir del sutil proceso de la dramaterapia, son capaces de recordar sus experiencias de manera icónica e incorporarlas a sus historias de vida, con lo cual se otorgan algún control.

Dado que los recuerdos traumáticos son tan amplios para muchos niños que han sufrido abusos severos desde la infancia, con frecuencia sucede que los años de experiencias de la niñez se recuerdan sólo como “retrospectivas” horribles e inexplicables, o como interludios muy breves de felicidad. Esto significa que estos niños no cuentan con un relato claro de sus vidas pasadas, y que no pueden saber por completo quiénes son o cómo deberían relacionarse con los demás. Cattanach (1992) brinda ejemplos de historias que los niños le narran durante la terapia, que parecen ser pura fantasía, pero que pueden estar, sin dudas, relacionadas con sus vidas, según ellos las recuerdan. En una sesión de psicodrama en la que yo era la terapeuta, una niña me contó la historia de un dragón que llegó a su casa y se llevó a sus dos padres, tras lo cual ella debió cuidar de sus hermanos menores. Mientras sus padres estaban ausentes, un monstruo llegó y la apuñaló una y otra vez; a continuación, la amenazó con matarla si le contaba lo sucedido a al-

guien. Luego, el dragón trajo a sus padres de regreso, pero ella no podía decirles nada sobre el monstruo. Esta niña había sufrido de abuso sexual por parte de su padrastro mientras ambos padres se encontraban bajo la influencia de las drogas.

Si bien las experiencias traumáticas pueden dañar los procesos evolutivos, la mayor parte de los niños también habrán tenido algunas experiencias positivas durante la etapa temprana de sus vidas. La interacción entre adultos y niños forma el material a partir del cual el niño construye su sentido del yo. Estos actos positivos ayudan al niño a conocer qué siente, quién es y cómo puede relacionarse con los demás. Puede verse, por lo tanto, que el hecho de descuidar a un niño también puede ser en extremo traumático y dañino, tanto como el abuso. El efecto de ser un prisionero dentro de la familia es que el niño pequeño no puede realizar conexiones positivas fuera del entorno hogareño. Hay numerosos ejemplos de mi propio trabajo y del de otros investigadores en los cuales los niños sufrían severos abusos o descuidos de su familia nuclear. Algunos de ellos, con todo, establecían conexiones buenas y positivas con otro pariente, vecino o amigo, quien se las ingeniaba para brindarles suficiente “buena maternificación” para permitir que el niño se desarrollara con un mínimo de daño.

Uno de tales niños es “Fintan”, descrito por Bannister (1997). Había sufrido abusos sexuales severos de varios miembros de su familia nuclear, desde el nacimiento hasta que logró contarlos a un tercero a los nueve años. El abuso se producía fin de semana por medio, cuando lo llevaban, junto con otros hermanos y primos, a un lugar determinado por sus parientes mayores. Todos los niños sufrían el abuso sistemático de los adultos, incluidos los abuelos. Sin embargo, esta abuela maternal no estaba involucrada en estos actos, y no sabía acerca de ellos. Los fines de semana que no lo llevaban a este lugar determinado, se quedaba con esta abuela, junto con sus hermanos menores.

Durante la terapia que hizo conmigo, surgió con claridad que había realizado una buena vinculación afectiva con esta abuela maternal. Así, pudo crear un lazo afectivo con un cuidador sustituto y conmigo en terapia. Su sentido del yo estaba severamente dañado, y disociaba con frecuencia. Su trabajo escolar se veía perjudicado, si bien era claro que se trataba de un niño inteligente. Sin embargo, me impresionaba la profundidad de sus sentimientos. Él declaró que había perdido su sentido del honor porque él “permitió” que el abuso se hiciera extensivo a sus hermanos menores. Sentía que debió haberlos protegido. Yo sentí que esta actitud mostraba que él tenía algún sentido de su yo y que era probable que esta abuela “buena” haya sido capaz de conferirselo. Se daba perfecta cuenta de que le era difícil establecer relaciones con otros niños y con muchos adultos. Me pareció que esta abuela, que lo había cuidado desde el nacimiento, pese a que ello ocurría fin de semana por medio, lograba un poderoso efecto mitigador del daño causado por el abuso.

Todos estos ejemplos de trabajo clínico pueden, en la actualidad, recibir el respaldo de la neurobiología. Por ejemplo, Schore (1994) ve que el proceso de vinculación afectiva desempeña un papel vital en el desarrollo, y apoya el trabajo de Ainsworth (1969), quien reconoció que la psicología evolutiva tenía que estar integrada con la biología si habíamos de entender por completo la evolución del niño. Schore afirma que el alineamiento de la mirada entre madre e hijo induce cambios neuroendocrinos particulares que dejan una “impronta” en el cerebro del niño y generan “altos niveles de afecto positivo y conducta lúdica, y, en consecuencia, el establecimiento de la capacidad de formar un modelo interactivo representativo que subyace a un sistema temprano funcional de regulación del afecto” (p. 65). Schore también se refiere a la teoría de las relaciones con los objetos para sustentar sus comentarios sobre la impor-

tancia de las *interacciones emocionales* entre el niño y los otros que lo rodean.

## El daño al proceso de corporización

Mi segundo punto se refiere a la importancia de la corporización, o somatización, tanto en la experiencia del abuso como en el tipo de tratamiento ofrecido. Van der Kolk *et al.* (1996) afirman que ya no puede existir ninguna demarcación clara entre los procesos psicológicos y los biológicos (p. 65), y citan a Kolb (1987), quien propuso que una estimulación excesiva del sistema nervioso al momento de sufrir el trauma puede desembocar en cambios neurológicos de carácter permanente. Kolb fue un psiquiatra militar que estudió los efectos de la Segunda Guerra Mundial en supervivientes de combate. Los autores, además, enfatizan el uso casi inevitable de la disociación al momento de producirse el abuso. Este “quiebre” entre cuerpo y mente es, sin dudas, un mecanismo de protección, pero puede conducir a sentimientos corporales y síntomas que permanecen “escindidos” y que no pueden integrarse o explicarse de las maneras usuales. Van der Kolk (en Van der Kolk *et al.*, 1996, p. 193) describe sus propios experimentos realizados sobre cerebros mediante el uso de la TEP (tomografía por emisión de positrones) en personas con DEPT. Van der Kolk llega a la conclusión de que el “terror sin palabras”, que se sufre durante el trauma intenso, conduce a una incapacidad de expresar sentimientos en palabras, con lo cual se deja que las emociones se expresen en silencio a través de la disfunción corporal. ¿Con cuánta más probabilidad ha de producirse este efecto cuando los niños pequeños con un rango de vocabulario limitado sufren dicho trauma?

Como ya he expresado, algunas de las disfunciones corporales comunes en las personas que padecen DEPT son los desórdenes alimentarios, como la anorexia y la bulimia, y

todavía más habituales son los problemas de obesidad y de imagen corporal. La tensión muscular crónica es otro síntoma descrito por Briere y Runtz (1988) en un estudio efectuado a gran escala y durante un largo período a mujeres que sufrieron abusos sexuales durante la infancia. El adormecimiento en ciertas partes del cuerpo es un factor que mencionan Lindberg y Distad (1985) en otro estudio de dichas mujeres. No saber lo que se siente o ser incapaz de poner los sentimientos en palabras son síntomas casi universalmente descritos en mi propia experiencia profesional. Sólo las tensiones u otras reacciones del cuerpo brindan una indicación auténtica de sentimientos sobre el abuso.

Estos abrumadores datos parecen sustentar las no menos sorprendentes conclusiones de Van der Kolk *et al.* (1993) y de Saxe *et al.* (1994) (luego de numerosas pruebas de campo), que declaran que dicha somatización rara vez ocurre salvo en las personas que cuentan con antecedentes de trauma. Van der Kolk (1996), al describir su estudio con mujeres que disocian, afirma: “Tendientes a la acción y de pocas palabras, estas pacientes pueden expresar sus estados internos con mayor elocuencia en movimientos o imágenes que con palabras. *El uso de dibujos y del psicodrama* puede ayudarlas a desarrollar un lenguaje que es esencial para una comunicación efectiva y para la transformación simbólica que puede producirse en la psicoterapia” (p. 195; las bastardillas me pertenecen).

Sanderson (1995) ensalza los beneficios de las terapias experimentales, como el arte, el movimiento y la danza, la dramaterapia y el psicodrama, con supervivientes adultos del abuso sexual infantil. Sin embargo, Sanderson reconoce el poder de dichas terapias y sugiere precaución antes de introducirlas. Además, incluye el masaje corporal en su lista de terapias muy efectivas que pueden ayudar a aliviar los síntomas somáticos. Concuero con su precaución y con el

hecho de que quienes no estén bien entrenados con estas terapias y quienes no comprendan sus efectos catárticos no deben intentarlas con sobrevivientes del abuso sexual.

### **La autocontención, el uso de la metáfora y del “espacio intermedio”**

Es probable que el “espacio intermedio” (al decir de Winnicott, el “espacio potencial”) sea la misma noción propuesta por Vygotsky como Zona de Desarrollo Próximo (ZDP). Newman y Holzman (1993) afirman que este “espacio” es, en realidad, una actividad en la cual tiene lugar el aprendizaje. Vygotsky declaró que la ZDP es “la relación entre las personas”. Fue un psicólogo interesado en la forma en que aprenden los niños, y sus descubrimientos se basaron en la práctica. Para él, aprender y desarrollarse eran procesos inseparables, y enfatizó la importancia de la metáfora, que podía aceptarse en lugar de interpretarse.

Los efectos contenedores de la metáfora, como se las experimenta en el arte, en el movimiento y la danza, en el juego y en la dramaterapia (y, hasta cierto punto, en el psicodrama), son una parte esencial de los efectos terapéuticos en todos los pacientes con DEPT. Además, para quienes trabajan con niños, la comprensión del desarrollo infantil ayudará al profesional a introducir técnicas terapéuticas a un nivel que el niño pueda tolerar. Es importante que se mantenga el abordaje interactivo y centrado en el niño cuando se trabaje con la metáfora. Siempre es preferible utilizar la metáfora que el niño emplea espontáneamente a introducir una que tenga significado para el terapeuta adulto. Acerca del trabajo terapéutico con niños, hay una cantidad de libros que contienen selecciones de historias que narran incidentes de abuso de manera imaginativa. Los héroes y las heroínas de la historia triunfan porque se las ingenian para vencer a los villanos al aceptar ayuda y tomar

conciencia de su propio potencial. Con frecuencia, se utiliza el formato del cuento de hadas, donde, a menudo, los personajes son animales o criaturas míticas. Sin embargo, sugiero que se emplee estas historias con medida, dado que sólo pueden tener significado real si el niño logra relacionarlas con la metáfora.

En *The Healing Drama* (El teatro curativo, 1997), cito un caso de estudio propio, en el cual un niño dibujó una mariposa y una crisálida, y afirmó que deseaba modificar su forma de crisálida, a quien nadie podía alcanzar, a la de mariposa, que podía desplegar sus alas y volar. Logré captar esa metáfora de transformación para narrarle la antigua historia tradicional de “The Lingworm” (La serpiente dragón), que debía desembarazarse de su piel vieja para convertirse, otra vez, en humano. De inmediato, el niño adoptó la metáfora y, durante las sesiones, eliminó de manera metafórica capas de mecanismos de protección para sobrellevar el trauma, que eran potencialmente dañosos, dentro de la seguridad de la contención terapéutica. Por fin, fue capaz de “desplegar las alas” y volar.

En el piloto del grupo clínico para mi reciente investigación, los niños introdujeron, de manera espontánea, la narración de “Los tres cerditos”. El tema de esta historia es que los tres cerditos no podían, al principio, protegerse del lobo. Al fin, sin embargo, aprendieron a construir una sólida casa de ladrillos que los protegió y, además, se las ingeniaron para destruir al lobo. Al principio, los niños modelaron cerditos de arcilla, y construyeron empalizadas para protegerse del lobo. Jugaron a “el lobo y la oveja”, un juego de correrse y atraparse, e intentaron mantenerse a salvo de cualquier daño. Los terapeutas del grupo emplearon esta metáfora, que los niños habían presentado, y los ayudaron a desarrollar una historia grupal en la cual se convertían en “cerditos” que podían protegerse unos a otros. El cuento infantil original fue modificado por los niños para

que la “mamá cerdita” fuera seducida por el “lobo”. Ella lo invitaba a la casa, que él construyó más sólida, pero *con él dentro de esta fortaleza*. Finalmente, los niños lograron advertir a su madre sobre el peligro, y ella se dio cuenta del error y apoyó a los “cerditos”, que desalojaron al lobo de la casa (véase el capítulo seis para obtener mayor información sobre el empleo de este cuento).

Considero que los niños fueron capaces de utilizar esta metáfora con tanto éxito sólo porque habían tomado cierta conciencia durante su permanencia en el grupo, y entendieron que no eran culpables de su propio abuso. Sin embargo, ellos acusaban a sus madres de haber permitido que el abusador entrara en sus casas. No se daban cuenta de que ellas tal vez también eran víctimas. Dado que emplearon la metáfora del cuento de manera espontánea, fue fructífero el hecho de que los terapeutas sugirieran continuar esta historia. Al término de la existencia del grupo, representaron la historia con gran entusiasmo y con una obvia sensación de haber logrado algo. No sabemos si este resultado se hubiese obtenido con tanto éxito si los terapeutas hubiesen empleado el cuento original y lo hubieran adaptado sin referencia a la sensación de significado de los niños mismos.

El reconocimiento del “espacio intermedio” —y la sensibilidad a éste— entre el niño o los niños y el terapeuta o los terapeutas asegura que el profesional no se torne una figura intrusa o prescriptiva. Esta actitud respeta y nutre la creatividad innata de los niños y su capacidad para la propia curación. Reconoce la necesidad de que exista interacción a muchos niveles y entiende que las metáforas de los niños pueden no siempre ser comprendidas por los adultos (que pueden haber olvidado algunos de sus propios puntos de referencia). Tanto es así que los terapeutas que provengan de contextos muy diferentes a los de los niños abusadores tal vez no siempre comprendan el simbolismo y la metáfora que emplean esos niños. Esta aclaración no inva-



lida la experiencia del niño; a veces, sucede que los terapeutas toman conciencia en forma retrospectiva —a menudo, en sus propias sesiones de supervisión— de la forma en que el niño ha estado trabajando con esos simbolismos y metáforas en la terapia.

## Conclusión

Considero que tratar al otro como una persona integral, en lugar de como un conjunto de síntomas o conductas, es una forma respetuosa para que un terapeuta interactúe con otra persona. Howe (1993) afirma que, en terapia, no es la técnica específica la que es importante, sino la manera en que se la lleva a cabo y la forma en que se la vivencia (p. 3). Howe comenta la empatía que, según se concuerda en general, es necesaria para una comunicación exitosa en la terapia. La empatía se corresponde, hasta cierto punto, con el factor “tele” descrito por Moreno. Howe observa en detalle la forma en que opera la empatía, la manera en que una persona puede ser capaz de comprender los pensamientos y los sentimientos de otro. Su primera explicación es metafísica; es una creencia que los seres humanos tengan una capacidad profundamente arraigada de comunicarse sin intermediarios con la experiencia de los otros. Esta explicación satisfaría muchos de los criterios del factor “tele” que describe Moreno. En segundo lugar, Howe afirma que la segunda explicación de la empatía se basa en la calidad de nuestras percepciones físicas del mundo que nos rodea, en particular, del mundo de las personas; la empatía depende de la observación aguda y sensible. Por último, Howe sugiere un justificativo sociológico, mediante el cual se reconoce que el yo emerge del mundo social compartido y se desarrolla en él.

Howe concuerda, por cierto, en que se encuentra presente en la mayor parte de los terapeutas que muestran empatía.

Sugiero que la empatía exitosa con los niños y con los jóvenes incluye todos los factores mencionados en el párrafo anterior, pero también incluye otro factor o factores que pueden depender de la capacidad del terapeuta de tomar contacto con su propio niño interior. Este detalle puede, a la vez, relacionarse con el grado de espontaneidad y creatividad que acompaña al terapeuta, y que también puede relacionarse con el grado en el cual el terapeuta se permita ser vulnerable. Sugiero que estas cualidades personales tal vez sean más claras en las personas que han trabajado con métodos de terapia que emplean el juego y la fantasía de manera corriente, y, por lo general, en grupos de pares, donde se valora y se comparte la vulnerabilidad. Este listado describe la capacitación necesaria para la mayoría de las terapias creativas.

Con todo, el doctor Stephen Prior (1996), quien habla desde una perspectiva psicodinámica respecto de la psicoterapia con niños sexualmente abusados, también demuestra su empatía y describe la forma en que se compromete con el niño de una manera que yo consideraría no muy diferente a la del terapeuta creativo. El ejemplo que utiliza es el de un niño que enuncia su creencia de que “el doctor Prior va a violarme...”. De inmediato, Prior “duplica” al niño y afirma lo siguiente: “*Cuán atemorizante sería si pensaras que yo en verdad fuera a hacerlo.*” Prior describe el enunciado del niño (en términos psicoanalíticos) como un “miedo transferencial”, y sólo luego de esto el niño es capaz de hablar sobre el horrible abuso de que es víctima. El doctor Prior también permite que el niño exprese un juego muy violento, tanto como puede permitirlo un terapeuta del juego, y afirma que la presencia del juego violento es un signo de alianza terapéutica.

Algunos terapeutas, incluidos los creativos, han expresado dudas sobre permitir que el niño exprese el juego violento, porque puede o bien retraumatizar al niño o per-

mitirle que se sienta justificado en su comportamiento violento en otros entornos, y que esta actitud sea, por cierto, inapropiada. Prior afirma que, en verdad, el niño puede verse retraumatizado si *no* se le permite que canalice la realidad de su experiencia de la única forma en que sabe hacerlo. Concuero con él en que debe permitírsele al niño que así se conduzca, pero debe contenérselo de manera segura para que no se lastime ni dañe a otros o el equipamiento. Prior enumera cuatro formas esenciales de responder a dicho niño:

1. Compartir la experiencia (que yo ampliaría a la “duplicación”).
2. Dar nombre y descripción a las experiencias (a lo que yo llamaría “espejamiento”).
3. Comprender el deseo de ser identificado con un agresor (a lo cual yo denominaría “conductas destinadas a sobrellevar el abuso en forma de desempeño de roles”).
4. Permitir que el niño encuentre necesidades de relación subyacentes (que yo mostraría con “inversión de roles”).

Por lo tanto, bien podría ser que algunos de los aspectos de la terapia creativa se empleen en otras “terapias habladas”, pero, no obstante, es la índole holística de las terapias creativas lo que hace más probable que abarquen todos los aspectos necesarios para que se produzca la curación del niño. También es importante que sienta que se le ha permitido curarse, que “lo hice yo mismo” en lugar de que “el terapeuta me curó”. De lo contrario, es posible que no operen modificaciones en los sentimientos de impotencia.

## Nota

1. Mi especial agradecimiento a la profesora Anne Ancelin Schutzenberger, por la información referida a la doctora Dolto.

## **CAPÍTULO IV**

**¿Por qué son los niños tan vulnerables?**



## Los niños en la sociedad

Un punto de vista social construccionista de la sociedad sugiere que “la identidad surge de la interacción producida con otras personas, y se basa en el lenguaje” (Burr, 1995, p. 51). Burr declara, además, que nuestra identidad se define por nuestros discursos sociales. Yo agregaría que el lenguaje puede desempeñar sólo un pequeño papel en nuestra identidad (sobre todo, en la niñez) y que puede aprenderse mucho más mediante la observación y el ejemplo. Por caso, ahora tenemos evidencia de que a muchos niños los afecta de manera fundamental la violencia doméstica que presencian en sus hogares (Skuse *et al.*, 1998). Este estudio demuestra que los niños que han sufrido el abuso sexual y que, además, han sido testigos de la “violencia intrafamiliar” son más proclives a ejercer el abuso sexual sobre otros niños cuando llegan a la adolescencia.

La mayor parte de los niños que han sido víctimas del abuso sexual no victimizan de igual forma a otros. Si lo hicieran, la mayor parte de los abusadores serían mujeres dado que, según sabemos en la actualidad, es mayor la cantidad de niñas que sufren de este tipo de abuso que la de niños (Bolen, Russell y Scannapieco, en Itzin, 2000). Si bien algunas mujeres perpetran el abuso sexual, es abrumadora la evidencia que señala que es mayor la cantidad de individuos de sexo masculino que lleva a cabo esta conducta. Parecería,

entonces, que los niños, se condicionan hacia la conducta violenta y controladora si han experimentado o presenciado dicha conducta de hombres adultos en su entorno cercano (Finkelhor, 1994). La conducta sexualmente abusiva es, al igual que el abuso físico, una forma violenta de control, y algunos niños pueden, apenas llegan a la adolescencia, o incluso antes, intentar controlar a otros de esta manera. Dicha conducta puede conducir al llamado “ciclo de abuso” (Ryan y Lane, 1991). Ryan especifica que, dado que la mayor parte del abuso sexual permanece oculto, es posible que los adultos que no recibieron ayuda cuando niños puedan sentir poca empatía por los niños sobre los cuales luego ejercen el abuso.

Los niños aprenden con gran rapidez que las cuestiones sexuales rara vez se comentan en público, salvo, tal vez, con el grupo de pares. Dado que los niños no cuentan con una vara con la cual medir la conducta, es posible que crean que la conducta sexualmente abusiva es normal. Más de una niña en su etapa preadolescente me ha dicho que, hasta la pubertad, daban por sentado que todos los padres tenían relaciones sexuales con sus hijas. Los padres abusadores, además, les decían que se trataba de una cuestión privada y que no debían comentarla. Con frecuencia, los padres explicaban este hecho diciendo que era una forma de enseñar a sus hijas mujeres sobre el sexo. Los niños abusados, con frecuencia, han afirmado que tenían miedo de la reacción de sus pares si lo contaban. Conforme estos niños llegan a la pubertad y aprenden sobre la homosexualidad, también sienten miedo de que su grupo de pares piense que ellos son homosexuales. Estos miedos no son poca cosa, dado que numerosos niños que sí se atreven a denunciar la situación, o cuyo abuso es descubierto por algún adulto, sufren las afrentas y el ridículo de su grupo de pares.

La mayor parte de las teorías sobre la evolución infantil, incluida la de Moreno que introduce en capítulos anteriores,

sugieren que los niños comienzan a comprender que cuentan con una identidad independiente durante el proceso temprano de vinculación afectiva. A menudo, la primera palabra de todo infante es “¡No!”, para demostrar de manera clara que sus propias necesidades son diferentes de las de la madre. La siguiente etapa del desarrollo, sin embargo, la de la “inversión de roles” o de “comprender al otro” se incrementa poco a poco durante la infancia. A los cuatro o cinco años, el niño ha aprendido, hasta cierto punto, a “ponerse en el lugar del otro”. Su hedonismo natural se encuentra más restringido a medida que entiende que las otras personas también tienen necesidades.

Este estado deseable, por supuesto, sólo puede lograrse si, por empezar, el niño es capaz de responder. Algunos infantes pueden tener tendencias autistas que evitan su cabal comprensión del mundo que los rodea. Otros niños pueden tener contacto con éste, pero sus principales cuidadores o figuras de vinculación afectiva pueden no haber ayudado al niño a regular sus emociones y reacciones. Los vínculos afectivos pueden, entonces, ser disfuncionales, de tal suerte que el niño exprese una reacción ambivalente o evasiva respecto de sus cuidadores. En algunos casos, sobre todo si los parientes abusaron de ellos, es posible que cuenten con un patrón desorganizado de vinculación afectiva, en el cual los cuidadores presenten un aspecto atemorizante o atemorizado, y ellos mismos se vean impotentes, enojados o carentes de valía personal. En consecuencia, pueden presentar dificultades a la hora de conceptualizar por completo otras relaciones de un modo diferente. Esto conduce a dificultades en ser capaces de conceptualizar por completo otras relaciones de manera diferente.

Cuando trabajé con delincuentes sexuales, sentí que esta falta de conciencia de los sentimientos de “el otro” era llamativamente obvia. Algunos de estos hombres creían que un niño desnudo era “provocativo” y que la curiosidad



natural del niño indicaba deseo sexual. Sólo eran capaces de proyectar sus propios sentimientos en el niño. Los niños que sufrían de abusos me contaban sobre sus enérgicas protestas cuando eran agredidos, debido al dolor que les provocaba el abuso. “Parecían no oír”, decía un niño que había sido abusado por varios hombres. “Dijeron que no me dolería nada.” Es posible que dichos delincuentes sean incapaces de forjar relaciones estrechas en las cuales puedan comprender las necesidades de otra persona. Si ése es el caso, es probable que esta incapacidad se origine en sus propios vínculos afectivos disfuncionales en la infancia.

### **Los niños con desorden de estrés postraumático**

Los niños se encuentran en desventaja en la mayor parte de las sociedades. Se pone en tela de juicio su testimonio, si bien no existen evidencias que demuestren que el recuerdo que un niño tiene de un suceso sea menos confiable que el de un adulto. Sin embargo, las personas que han sufrido sucesos traumáticos, sobre todo si éstos han tenido lugar a lo largo de un periodo de tiempo, pueden recordar los acontecimientos como una serie de “imágenes” más que en forma de narración. Tal como lo he mencionado, este fenómeno se ha sabido durante algún tiempo por profesionales que trabajaban con veteranos de la Segunda Guerra Mundial y del conflicto de Vietnam. Finalmente, se diagnosticó que los soldados sufrían de Desorden de Estrés Post-Traumático (DEPT), pero las semejanzas entre los niños que también habían sufrido trauma no fueron reconocidas sino hasta hace poco tiempo.

Briere y Runtz (1988) demostraron que los problemas de conducta más comunes en niños que han sufrido el abuso sexual coinciden con un diagnóstico de DEPT. Una actualización del criterio que justifica este diagnóstico incluye, en la actualidad, referencias especiales a niños (Asociación

Psiquiátrica Estadounidense, 1994). Sin embargo, durante las décadas del setenta y del ochenta, hubo publicaciones (por ejemplo, citadas en Briere y Runtz, 1988; Constantine, 1980; Ramey, 1979) que sugirieron que el contacto sexual entre adultos y niños no era necesariamente dañino. La aceptación de este punto de vista puede producirse como resultado del “síndrome de adaptación” (Summit, 1983) que mencioné con anterioridad. Esto significa que es improbable que el niño hable del abuso y que los adultos que han sufrido abuso puedan declarar que no se vieron perjudicados por él.

<p><b>Tabla 4.1. Desorden de estrés postraumático complejo en niños</b></p> <p><b><i>Historia de la sujeción a sistemas totalitarios en la vida doméstica, incluido el abuso sexual de niños</i></b></p>
<p>Alteraciones de la conciencia:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Amnesia sobre sucesos traumáticos.</li><li>- Episodios disociativos transitorios (con frecuencia, advertidos en la escuela).</li><li>- Experiencias aliviadoras (con niños, suele suceder durante el juego).</li></ul>
<p>Alteraciones de los mecanismos para sobrellevar el abuso:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Preocupación suicida (aun en niños de seis años).</li><li>- Lesiones a sí mismos (en los niños pequeños, esta conducta puede incluir rasguños en la piel hasta llegar al sangrado).</li><li>- Enojo explosivo o extremadamente inhibido (pueden alternarse).</li></ul>

Alteraciones de la percepción de sí:

- Sensación de impotencia (en los niños, puede verse como desesperanza).
- Vergüenza, culpa y autoacusación.
- Sensación de envilecimiento o estigmatización.
- Sensación de completa diferencia con los demás.

Alteración de la percepción del perpetrador (o los perpetradores):

- Preocupación por la relación con el perpetrador.
- Atribución no realista de poder total al perpetrador (en los niños, esta característica se subraya cuando los adultos poderosos no les creen).
- Idealización o gratitud paradójica (si el perpetrador es, además, el principal cuidador de un niño, esta idealización es habitual).
- Sensación de relación especial o sobrenatural (con frecuencia, el perpetrador dice al niño que él “lo ve todo”).
- Aceptación de sistemas de creencias/racionalizaciones.

Alteraciones en las relaciones con otros:

- Aislamiento y retraimiento.
- Búsqueda repetitiva de un salvador (en los niños, esta característica se ve muchas veces en el juego).
- Desconfianza persistente.
- Ausencia repetida de autoprotección.
- Conducta excesivamente controladora.

*Adaptado de Herman (1998)*

Herman (1992) ha efectuado un estudio particular del desorden de estrés post-traumático en niños sexualmente abusados. Apunta que aquellos que han sobrevivido al

trauma prolongado y repetido sufren de una variante del DEPT que ella denomina “DEPT complejo”. Éste incluye un espectro de síntomas muy abarcativo y nota las similitudes en los síntomas de las personas que han sufrido otros tipos de trauma prolongado, tales como los supervivientes del holocausto nazi o los refugiados de regímenes opresivos. Cita a numerosos profesionales que también han observado este amplio espectro de síntomas. He adaptado su abarcativa clasificación en una que se centra en niños que han sufrido de abuso físico y/o sexual prolongado en la primera infancia por parte de abusadores que se encuentran íntimamente involucrados en la vida familiar de su víctima (véase la Tabla 4.1).

De esta lista de síntomas, se verá que los niños que sufren de desorden de estrés postraumático se tornan más vulnerables dentro de su situación inmediata de abuso y también dentro de la sociedad. Por ejemplo, pueden sufrir amnesia respecto de los sucesos más traumáticos sufridos por ellos; y es posible que no recuerden estos sucesos sino hasta muchos años más tarde y que, en ocasiones, sólo lo hagan como retrospectivas que no encajan en una narración continua. Dichos niños pueden padecer episodios dissociativos transitorios en la escuela. Si se los nota, estos episodios pueden describirse como “oníricos”, y es posible que el niño sea castigado o que no se le preste atención. El aprendizaje, por cierto, será imposible durante estos episodios. El niño podría ser considerado como “raro” por los demás niños o por los maestros y convertirse en el blanco de las críticas.

Otros síntomas del “DEPT complejo” que presenta mayores peligros para el niño son las preocupaciones suicidas, las lesiones a sí mismos y el enojo explosivo. En cierta ocasión, se me solicitó que viera a una niña de seis años que tenía lesiones en las piernas causadas por el choque con un autobús. La madre manifestó que sostenía la mano de la niña

cuando pareció arrojarse, de forma deliberada, delante del vehículo que se aproximaba. Mientras la niña aún se encontraba en el hospital, realizó algunos dibujos. Se pintó de negro, en su casa, mirando hacia afuera a “una bruja negra en un agujero negro” del jardín. Ella afirmó que la bruja negra estaba sola y asustada. Ésta fue la primera de una serie de dibujos que hizo conmigo. Su madre ya consideraba la idea de la separación de su marido, un abusador físico. Ella me dijo que su esposo llamaba “bruja” a la niña. La pequeña no tardó en describir el abuso sexual de su padre, que debe haber sucedido durante varios años.

Esta niña también sufría de vergüenza, culpa y autoacusación extremas, exacerbadas por el hecho de que su padre le decía, de continuo, quien era su culpa, porque su conducta “de bruja” era muy provocativa. Ella también se dibujó con un “agujero negro” entre la piernas y todo el tiempo se definía con las palabras del padre. Se verá que su riesgo de sufrir nuevos abusos —aun cuando fuera separada de su padre— era alto, debido a su propia imagen y a su exagerada idea del poder de su padre.

Jamás quedó absolutamente claro si esta niña había tratado de arrojarse bajo el vehículo. Nunca trajo el tema a terapia, y es posible que su madre, quien también vivía con su propio trauma, pueda haber leído de manera incorrecta las acciones de la niña o proyectar sus propios sentimientos en la niña. Sin embargo, esta pequeña también se lastimaba al comerse las uñas hasta la carne, y sus maestras habían notado que, a veces, se golpeaba la cabeza de continuo contra la pared. Había vivido con el abuso físico y sexual desde que tenía uso de razón, y se había adaptado a él lo suficiente para mantenerlo oculto durante varios años. Es esta combinación de sufrir los efectos del “DEPT complejo” y el síndrome de adaptación lo que incrementa aun más la vulnerabilidad de un niño abusado.

Resulta interesante considerar la situación de niños en sociedades en la cuales conviven diferentes culturas. Pese al hecho de que el artículo 19 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño afirma que debe protegerse a los niños de todas las formas de abuso físico o mental, los niños del Reino Unido no gozan de la protección conferida ante el abuso físico que sí se garantiza a los adultos. Los adultos que abusan físicamente de otros adultos pueden ser acusados de agresión. El abuso físico de niños por parte de padres, cuidadores y hasta niñeras es tolerado, si bien el daño ocasionado al niño en desarrollo puede ser considerablemente mayor que el perjuicio sufrido por un adulto. Desde hace algunos años, la agresión física en las escuelas fue censurada; debería garantizarse dicha protección a todos los niños, aun cuando se encontraran dentro de sus hogares.

Itzin (2000) ha señalado que gran parte de los escritos sobre abuso sexual infantil nada hacen para prevenir su recurrencia o para aliviar el sufrimiento de los que lo han padecido. Espero que este libro pueda contribuir a aliviar parte del dolor y, al dar voz a los niños (a través de la terapia creativa), también puede evitar cierta recurrencia. Sin embargo, “hacer que los abusadores no abusen” implica un cambio radical en la actitud de la sociedad hacia los niños.

## **Los niños en la familia**

Los niños tienen poco poder en el ámbito de la familia, y los que resultan víctimas del abuso son, con frecuencia, mantenidos en cautiverio con tanta efectividad como si estuvieran en prisión. Herman (1992) declara que éste es el resultado de su dependencia, y es verdad que muchos niños que logran “escapar” terminan dependiendo de otros que los explotan. De la misma forma en que a las mujeres

que sufren el abuso de sus parejas les ha resultado difícil escapar debido a motivos económicos y psicológicos, los niños pueden llegar a la conclusión de que “no hay lugar dónde escapar”. Por supuesto, la fuerza física y la violencia pueden oficiar como efectivos elementos disuasivos tanto para mujeres como para niños. Aún existe alguna reticencia entre los “funcionarios” para intervenir en familias donde pueden estar perpetrándose abusos.

Las estructuras de la infancia están intrínsecamente vinculadas a las estructuras de las mujeres. Tal como lo apuntaron Eichenbaum y Orbach (1982): “La estructura psíquica actual de la mujer surge de acuerdos sobre la crianza de los niños, en los cuales las mujeres educan a sus hijos en una sociedad patriarcal” (p. 98). Los acuerdos de crianza de niños han cambiado en las últimas dos décadas desde que este escrito se publicó, y existe una mayor conciencia de la importancia de los progenitores de sexo masculino. Además, las voces de las mujeres se oyen, en la actualidad, con más frecuencia en posiciones de poder. Todavía queda, sin embargo, un largo camino por recorrer respecto de las voces de los niños.

Los sistemas de protección de niños están, ellos mismos, sujetos a los puntos de vista acerca de la infancia que la sociedad tiene en algún momento dado. Tal como lo señalan Parton y Wattam (1999), el abuso sexual se trata de manera diferente de otras formas de abuso, y las respuestas de las investigaciones intrusivas no se han centrado necesariamente en el niño. Pocos de ellos desean que sus vidas se vean entorpecidas de la forma en que sucede cuando el abuso sexual se impone en el sistema de protección del niño. Una de las dificultades reside en la forma en que nos comunicamos con los niños.

## La comunicación con los niños

La mayoría de nosotros reconoce a las personas que parecen comunicarse bien con los niños. Estas personas se ajustan automáticamente al nivel del niño, usan sus manos y rostro con expresividad, pero jamás los tratan con condescendencia ni les hablan como si fueran tontos. Son creativos y parecen ser capaces de inspirar creatividad en los niños. Tienen un “talento”. Si se trata de profesionales que trabajan con infantes, es más probable que hayan estudiado las diversas maneras en que se comunican los niños y hayan tratado de expandir sus propias capacidades comunicativas.

En las relaciones tempranas de vinculación afectiva, los niños y sus cuidadores responden el uno al otro sin palabras. Durante la “mirada” intensa, el niño mira a los ojos al cuidador. Ciertos estudios neurobiológicos han demostrado cuán importante es esto en el proceso de vinculación (Panksepp, Siviy y Normansell, 1985). Tal como lo he expresado, Schore (1994) sugiere que, durante este proceso, el hemisferio derecho del niño, que se halla en proceso de maduración, se encuentra psicológicamente alineado con la producción del hemisferio derecho de la madre. También sucede que, en materia de psicoterapia, puede crearse un vínculo similar: “la relación terapéutica”. Esta afirmación parece estar confirmada por estudios clínicos (Langer, 1992; Leichtman, 1992), que muestran la efectividad clínica de la psicoterapia con niños y adultos que padecen de daño cerebral. Un estudio realizado por Bach-y-Rita (1990, citado en Schore, 1994) también confirma que el cerebro mantiene la plasticidad hasta la adultez. Este factor brinda esperanza para los que han sufrido daño cerebral o un daño psicológico temprano.

Cuando los adultos se comunican con los niños, necesitamos estar bien alertas al nivel no verbal de comunicación,



que se expresa con mayor facilidad en la creatividad conjunta. El juego es la forma en que el niño expresa su creatividad de manera natural, y los adultos que se encuentran en contacto con sus propia necesidad de jugar pueden reaccionar espontáneamente cuando un niño inicia el juego. Por otro lado, los niños cuya conducta lúdica ha sido desalentada o castigada pueden necesitar del aliento de algún adulto o de otro niño antes de poder relajarse y jugar. Es importante no utilizar el poder del adulto en dichas situaciones (al mostrarle al niño cómo “hacerlo bien”), sino seguir el liderazgo del niño e introducir la propia creatividad poco a poco. Con frecuencia, jugar de esta manera puede hacer que los adultos se sientan vulnerables conforme pierden, por un momento, parte de sus propios comportamientos tendientes a sobrellevar su abuso. En una situación profesional, necesitamos ser conscientes de nuestra propia vulnerabilidad y aceptarla, sin colocar la responsabilidad en el niño.

Tal como he sugerido en el capítulo anterior, es posible que los que hacen de la comunicación con los niños —sobre todo, los abusados— su profesión descubran que es importante contar con algún conocimiento sobre las terapias creativas, a fin de ayudarlos en la comunicación. Ésta constituye una forma de comunicación más igualitaria y conjunta, de modo tal que el joven es menos proclive a verse intimidado por el inevitable poder de la diada adulto-niño. Además, es una manera segura y natural de expresar sentimientos y de permitir que haya testigos de los sentimientos. Las terapias creativas funcionan sin riesgos en el “espacio intermedio” y ayudan a reducir la vulnerabilidad de los niños.

## Los niños en la escuela

Algunos niños que son víctimas del abuso sexual consideran que la escuela es el único lugar posible para hablar sobre lo que les sucede. Lo que por lo general sucede es que el niño habla primero con un amigo de la escuela, y el amigo comenta lo escuchado con un padre o con un maestro, o bien alienta al niño abusado a que cuente la situación a la maestra. Sin embargo, aún hay niños para quienes esta solución sería imposible. Los niños que sufren el abuso tienen, con frecuencia, pocos amigos a quienes confiar tal secreto, en ocasiones porque sus padres abusadores han alentado su aislamiento por sus propias razones, o porque el niño se siente “diferente” y se da cuenta de que sus propias experiencias no son comunes con las de sus pares.

Por supuesto, algunos maestros reconocen a los niños cuyo rendimiento se ubica por debajo del promedio y suponen que pueden tener problemas en su hogar, y entonces harán lo imposible por ganar la amistad de ese niño y respaldarlo. El abuso sexual rara vez deja marcas visibles como hematomas o cicatrices y, por este motivo, no sorprende que los maestros tengan dificultades en intervenir en esta situación. Algunos niños (y adultos abusados cuando fueron niños) han afirmado que la escuela era su refugio, el único lugar donde podían sentir seguridad. A menudo, ellos son los alumnos descolantes que se concentran en el trabajo académico y evitan la socialización (que podría desembocar en la revelación de secretos vergonzantes). A veces, en la adolescencia o con posterioridad, estos sobrevivientes del abuso se dan cuenta de que ya no pueden soportar el peso de cargar con los secretos familiares, y es posible que se les diagnostique “desorden de personalidad fronteriza” o “depresión”. Sabemos que el abuso sexual durante la niñez constituye un factor coadyuvante de la enfermedad mental en mujeres. Existen numerosos estudios sobre esta

cuestión; por ejemplo, el de Briere y Runtz (1988) y el de Bifulco, Brown y Harris (1994).

Por cierto, las escuelas pueden ser también lugares donde tengan lugar nuevos abusos. Para algunos niños, sobre todo los que se encuentran en hogares sustitutos, la escuela es el lugar donde sus pares los tratan con desprecio y los colman de burlas sobre la situación del hogar en que viven, o sobre su bajo rendimiento en clase. Son vulnerables sólo porque ya son víctimas. Por supuesto, es factible que esos niños que infligen ese trato rudo vivan también en medio de circunstancias hogareñas difíciles o abusivas, donde su mejor comportamiento tendiente a sobrellevar su propio abuso parece ser el “exceso de control”. Algunas escuelas realizan de manera excelente esta labor de localizar este tipo de comportamientos, y tanto maestros como alumnos trabajan en conjunto para reducirlo. Otros niños sufren dentro del ámbito escolar durante toda la infancia.

## Los niños en terapia

La vulnerabilidad del adulto se ve eclipsada por la vulnerabilidad de todo niño que se encuentra en una terapia. El tipo de comunicación establecida con niños a la que me referí en párrafos anteriores constituye lo opuesto de la “conducta de acicalamiento” propia de los abusadores que imponen sus propias necesidades a los niños. Aquéllos utilizan su poder para introducir en los niños ciertas conductas que son gratificantes para los adultos, al tiempo que persuaden a los niños de que ellos también se benefician con ellas. Esta actitud nos recuerda la frase que, en ocasiones, emplean los abusadores físicos que azotan a los niños como castigo: “¡Esto me duele más a mí que a ti!” Sin embargo, los profesionales que atienden a cada niño en su terapia deben saber que esta situación puede recordarle el abuso

que sufría antes. Aquéllos no deben dar por sentado que el niño sabe que puede confiarse en ellos y deben estar preparados para dedicar algún tiempo a construir esa confianza y a permitir que el niño tenga tanto control como sea posible.

Algunos adultos que han sido víctimas de abusos durante la infancia me han confiado que desearían haber sido enviados a terapia cuando eran niños. Sentían que el tratamiento les habría evitado algunas de las dificultades que se sucedieron en sus vidas. Algunos de ellos han pasado años en terapia cuando adultos, y saben que la curación toma algún tiempo. Me parece importante que los niños que han sufrido traumas reciban apoyo y asistencia cuanto antes. La mayor parte de nosotros, incluidos los niños, reaccionamos al trauma a través de la adopción de conductas tendientes a sobrellevarlo; y estas conductas pueden ser exitosas en el momento, y ayudarnos a seguir funcionando en circunstancias desfavorables.

Dichas conductas, sin embargo, pueden provocar nuevos problemas al niño y al joven. Si el niño soporta un abuso repetitivo y constante, quizá llegue a la conclusión de que la mejor forma de sobrellevarlo es consentir calladamente y no atraer la atención sobre sí. Algunos infantes —sobre todo, las niñas— puede que vean que las demás mujeres (tal vez, sus madres) se comportan de esta manera. A veces, es posible que el progenitor no abusador les diga específicamente que ésa es la forma menos riesgosa de comportarse. También es posible que esta actitud signifique que los niños no cuenten a nadie fuera de la familia (o aun dentro de ésta) sobre sus experiencias, y sufran en silencio. En ocasiones, es difícil hacer que dichos infantes acudan a terapia, porque esperan con paciencia que el terapeuta sea quien realice el primer movimiento para poder ellos complacer.

Éstos son los niños “observadores” que se encuentran siempre alerta respecto de la conducta controladora y abusiva de los demás. Se adaptan a todas las sugerencias y les

resulta difícil iniciar el juego. Sin embargo, la mayoría de los niños son curiosos, y si el terapeuta tiene paciencia, el niño reaccionará lentamente y puede que, por fin, tome la iniciativa una vez que se genere la confianza. Es importante que la forma de sobrellevar el abuso que tenga el niño no sea desenmascarada. Una niña de los primeros años de la secundaria dijo en terapia: “Ellos no lo hacen si uno grita y lo denuncia, ¿verdad?” Se refería a una “lección” que toda la clase había recibido, donde se aconsejaba a los niños que “¡Gritaran y denunciaran!” si un pedófilo intentaba abusar de ellos.

Esta niña había sufrido abusos durante muchos años por parte de su padre, y había sobrellevado este estado de cosas a través del silencio y la obediencia. Dado que la mayor parte de los niños abusados sentían que debían ser culpables de algo para haber generado dicha conducta, con posterioridad consideró que su forma de sobrellevar el abuso era la razón por la cual había sido víctima de éste. Le resultó útil que la terapeuta comprendiera su situación. Tiempo después, se elogió la iniciativa y la conducta que afirmaba su individualidad para que pudiera, entonces, decidir cuándo era apropiado descartar su conducta original que le ayudaba a sobrellevar el abuso, que se había transformado en disfuncional.

De igual forma, los varones que presentan una conducta muy agresiva necesitan contención y respaldo. Tal vez hayan sentido que su comportamiento agresivo era una buena manera de afrontar la agresión de un adulto; por lo tanto, es útil que pueda canalizársela sin riesgos en terapia. Desviar la agresión del comportamiento autodestructivo o de la destrucción de juguetes dentro de la habitación puede ser crucial para formar una alianza terapéutica con el niño. Su enojo “justificado” sobre su abuso puede ser confirmado por parte del terapeuta que “duplica” al niño, que permanece junto a él y repite el comportamiento de enojo de manera

segura (por ejemplo, golpeando almohadones con periódicos enrollados). Una vez que se establece esta corriente de comunicación, el niño, por lo general, se da cuenta de que no es necesario repetir la conducta. El solo hecho de disculpar o desalentar la expresión de enojo en terapia hace que sea más probable que el uso de ésta se vea alentada en la escuela o en algún otro ámbito. Además, claramente es muy probable que un niño que emplea un comportamiento muy controlador, si bien se trate de un mecanismo para sobrelevar el abuso, se convierta en un abusador físico o sexual de otros.

He sugerido que es preciso tener en cuenta y aceptar a todo niño que disocia en terapia. Tal como he documentado en el último capítulo, es frecuente que los niños lo hagan durante el abuso. Se trata de otro mecanismo útil para sobrellevar el abuso. Esto significa que, además del hecho de que los recuerdos tempranos sean icónicos más que narrativos, los recuerdos de los niños sobre el abuso pueden verse más dañados aún debido a la disociación. En ocasiones, en la terapia, los niños abusados parecen “ponerse como locos” o quedarse mirando a lo lejos; otras veces, es posible que se comporten de manera no característica durante breves instantes antes de retornar a su estilo usual. En dichos momentos, es posible que no respondan al terapeuta. Resulta necesario para la relación aceptar esta conducta, pero si la situación se torna recurrente, es importante darse cuenta qué comportamiento del terapeuta la desencadenó. He notado que ésta usualmente desaparece cuando se ha establecido una relación, si bien los maestros a veces informan que persiste en el aula.

Una terapia infantil que llegue a buen puerto depende, por cierto, de la situación que el niño vive en su hogar. Este detalle es parte de la evaluación inicial y es vital para que el resultado sea óptimo. Por supuesto, los niños deben sentirse a salvo antes de que puedan comenzar la travesía

terapéutica, para lo cual los cuidadores deben brindar esa seguridad de manera positiva. Es posible que sea necesario iniciar una terapia individual, aparte, con los padres, o tal vez sea más adecuado que éstos concurren a un grupo de apoyo. En ocasiones, los progenitores no abusadores (y los padres sustitutos) sólo necesitan que se les explique en qué consiste la terapia infantil y que entiendan que la conducta no necesariamente cambiará de inmediato. A veces, los cambios en la conducta no son bien recibidos; por ejemplo, cuando un niño pasivo y silencioso se vuelve asertivo y hace oír su clamor. Es posible que los cuidadores necesiten de mucho apoyo cuando se operen estos cambios.

Mis investigaciones recientes parecen confirmar que el hecho de que los niños que concurren a terapia tengan cuidadores que los respalden no sólo es deseable sino esencial. Un caso de una joven con la cual trabajé durante unos ocho años antes demostró que esta afirmación es verdadera. En ese momento, esta niña de 12 años se encontraba en un hogar sustituto, en el cual había vivido desde que se la había trasladado de una situación hogareña de descuido y abuso dos años antes. Su comportamiento en el hogar se deterioraba, y fue derivada para terapia. Sin embargo, la respuesta de los padres sustitutos a la terapia parecía inapropiada, y la niña misma solicitaba una nueva colocación sustituta. La asistente social y yo acordamos que necesitaba una nueva familia, pero, como es natural, concretar este cambio tomaba algún tiempo. Las dificultades administrativas implicaban que la niña no podía continuar en su terapia conmigo. En una conversación que mantuvimos doce años más tarde, ella confirmó que la terapia había sido, efectivamente, sabotada y denigrada por sus primeros padres sustitutos.

En la actualidad, se está realizando algún interesante trabajo terapéutico con padres sustitutos y adoptivos, y con los niños que previamente habían sido abusados. Se reco-

noce que deben producirse nuevos vínculos afectivos entre el niño y los nuevos cuidadores. Además, se realiza un trabajo creativo para ayudar a los niños a “ensamblar” sus recuerdos icónicos y a generar una narración de la que tanto niños como cuidadores puedan participar. Este tipo de trabajo conjunto con el terapeuta (o los terapeutas), los asistentes sociales, los cuidadores y los niños es un buen ejemplo de la creatividad compartida, del trabajo lúdico, en el espacio intermedio. Si se desea encontrar ejemplos de este trabajo, véanse los capítulos once y doce de Paul Holmes y Chip Chimera, respectivamente, en Bannister y Huntington (2002). Chimera reconoce que, si bien esta terapia puede ser esencial para ayudar a niños y a sus nuevos cuidadores a formar nuevos vínculos afectivos, es posible que se necesite más trabajo individual con los niños. Dado que tanto los cuidadores como los niños responden muy bien a la terapia creativa en estos proyectos, parece sensato continuar el trabajo con las terapias creativas en cualquier trabajo individual con los niños.

Para los niños de aproximadamente siete años en adelante, la terapia en grupos de pares puede ser la intervención más útil. Sin embargo, la terapia de grupo con niños más pequeños también puede ser efectiva, según cito en el capítulo seis de este volumen. En mis recientes investigaciones, la terapia de grupo fue el método adoptado, cuyos detalles se comentarán en los siguientes capítulos de este volumen. Algunos niños se beneficiaron con el hecho de que pudieron conocer a otros niños que habían sido abusados. Deben haberse sentido aislados y solos hasta que descubrieron que no eran los únicos que lo vivenciaban. También deben haberse sentido algo vulnerables en la experiencia de grupo. Es posible que algunos niños que aún se sienten culpables no deseen que nadie, salvo el terapeuta, sepa de sus experiencias. Sin embargo, es probable que estos mismos niños, si pueden superar sus dudas tempranas, sean los



que más se beneficien, dado que comprenderán en profundidad a los demás niños y reconocerán la vulnerabilidad de dichos infantes antes de, por fin, reconocer y aceptar la propia.

## Conclusiones

La vulnerabilidad de los niños al abuso puede sintetizarse en el hecho de que el abuso infantil constituye siempre un abuso de poder ante el cual los niños se encuentran impotentes en la mayoría de las situaciones: en la sociedad, en la familia y en la escuela. Con frecuencia, los niños no tienen voz, y es posible que los adultos no sepan cómo comunicarse con ellos. Otorgar el poder a los niños y darles voz debe ser nuestro objetivo. Los que trabajan con niños discapacitados —es decir, los niños que sufren el prejuicio y la discriminación debido a sus notorias dificultades funcionales— saben cuán dificultoso es que los niños tengan voz en la sociedad. Para muchos, este perjuicio se extiende también durante sus vidas adultas. Si padecen de dificultades de aprendizaje, el prejuicio y la discriminación pueden acoplarse a la falta de atención y el miedo de algunos adultos e instituciones.

Por supuesto, los niños crecen y, para algunos que han sido abusados, este crecimiento constituye una oportunidad de hablar en voz alta en nombre de otros que sufren de abusos. Pero, para otros, el abuso durante la niñez permanece siempre como un secreto que deben ocultar, visible sólo en las dificultades personales, en el ciclo recurrente del abuso o en las enfermedades mentales de los adultos.

## **CAPÍTULO V**

### **Trabajo individual con niños sexualmente abusados**



En este capítulo, se expone la importancia de una evaluación abarcativa de todos los niños que son derivados a terapia. Sugiere, entonces, un abordaje práctico que emplea el modelo regenerativo, tanto en la evaluación como en la terapia, y brinda algunos casos de estudio que ilustran el uso del método en el trabajo individual con niños.

## **La importancia de la evaluación antes de la terapia**

Todo asistente social involucrado en el cuidado de niños está al tanto de la necesidad de efectuar una evaluación completa del niño que puede encontrarse en estado de necesidad. La expresión “estado de necesidad” se refiere a todo niño que pueda precisar salvaguardas para promover su bienestar. En el Reino Unido, se desarrolló un marco destinado a llevar a cabo dicha evaluación, gracias a la guía del Departamento de Salud, la NSPCC y la Universidad de Sheffield (Horwath, 2000). Dentro de dicho marco, sugerí que era vital la buena comunicación con el niño, y brindé ejemplos de abordajes creativos y exentos de riesgos.

Los terapeutas que trabajan con niños también conocen la importancia de una buena evaluación. Por lo general, la evaluación se realiza de manera individual, cuando el niño es derivado, si bien el modo de terapia propuesto puede ser

dentro de un grupo. La mayoría de los terapeutas que trabajan con niños reconocen la importancia de evaluar la situación del hogar de donde proviene ese niño antes de recurrir a la terapia. Los niños que han sufrido el abuso sexual por parte de un progenitor o con cuidador viven, por lo general, con un solo progenitor no abusador o con padres sustitutos, padres adoptivos o con cuidadores profesionales y otros niños abusados. Es claro que será importante efectuar algunas evaluaciones individuales de la figura parental (o figuras parentales), su relación con el niño y su capacidad de brindar respaldo. Es también vital realizar evaluaciones efectivas y concienzudas de los niños y de sus cuidadores antes de iniciar la terapia, debido a la vulnerabilidad de los infantes, tal como se sugirió en el capítulo anterior. Si bien la terapia con un adulto siempre rendirá mejores frutos si el paciente vive en un entorno que lo respalde, no debería iniciarse si no existen garantías de apoyo a la terapia dentro del hogar.

Un ejemplo de la importancia de esta afirmación puede encontrarse en mi propio trabajo con Karen, hace muchos años (caso que mencioné brevemente al final del capítulo anterior). Su asistente social la había derivado a terapia cuando tenía doce años, y la información que me brindó decía que la niña había vivido con los que entonces eran sus padres sustituto y con sus dos hermanas menores, durante unos dos años. Supe que su madre biológica era adicta a las drogas, y cuando Karen vivió en su hogar de nacimiento, su madre había sido incapaz de brindarle el cuidado y la atención necesarios. Con frecuencia, Karen tenía que cuidar de sus hermanas más pequeñas en ausencia de su madre. Todos los niños habían sufrido abuso y descuido físicos; además, Karen había sido sexualmente abusada por un amigo de su madre. Luego de un cierto tiempo, Karen y sus hermanas fueron puestas al cuidado de padres sustitutos cuando ella tenía unos siete u ocho años.

Los padres sustitutos lograron una buena convivencia con las niñas hasta que Karen alcanzó la pubertad y comenzó a “exteriorizar” un comportamiento agresivo. Karen fue derivada a mi consultorio por la asistente social de urgencia, debido a que los padres sustitutos afirmaban no poder controlarla. Habían solicitado que se la apartara del hogar, y no estaban interesados en asistir a una evaluación, en parte debido a que veían que el comportamiento de Karen era el resultado de su difícil pasado y que podía ser “curado” con tratamiento. Además, estaban, por cierto, muy ocupados con el trabajo y el cuidado de las otras hermanas, y disponían de poco tiempo.

Mi evaluación de Karen no presentó inconvenientes, pero la de sus cuidadores fue precipitada e insuficiente. Declararon que apoyaban la terapia, si bien era claro que el vínculo afectivo de Karen con su madre sustituta probablemente era ambivalente. La relación con su padre sustituto era distante; si bien de naturaleza no hostil. Éste tenía un empleo que le ocupaba muchas horas. Era claro que la madre sustituta necesitaba más respaldo, y la muy ajetreada asistente social no podía solucionarle este problema. Ambos padres temían que las ruidosas explosiones de Karen perturbaran a los niños más pequeños que, también, podían volverse “difíciles de manejar”.

En retrospectiva, es evidente que no era el momento adecuado para la terapia. La asistente social se había dado cuenta del problema que existía dentro de esa casa, y trataba, con todo esmero, de encontrar un nuevo lugar para Karen, con el acuerdo de los padres sustitutos y de la propia Karen. Sin embargo, se trataba de una tarea que demandaría tiempo, por lo cual acordé ver a la niña durante otras seis luego de las seis sesiones iniciales de evaluación, con la posibilidad de que pudiera tener más sesiones individuales o ser derivada a un grupo coordinado por mis colegas. Acordé ver a la madre sustituta, con la asistente social, para

mantener conversaciones permanentes y periódicas sobre el avance de su hija.

Karen dedicó gran parte del tiempo de esas seis sesiones conmigo a la construcción de paredes y empalizadas. A veces, eran recintos contruidos con almohadones, dentro de los cuales situaba juguetes blandos y otros objetos. En otras ocasiones, armaba recintos en miniatura, hechos con empalizadas de juguetes que encerraban pequeños animales salvajes. Cada tanto, hablaba de su madre biológica y se culpaba por “permitir que me pusieran al cuidado de otras personas”. Ella sentía que debía haber sido capaz de cuidar a sus dos hermanas y también a su madre, pese a que sólo tenía siete años en ese momento. Cuando hablaba, en ocasiones se enojaba y aporreaba almohadones, si bien jamás los identificó de modo alguno. A veces, se la veía muy triste, y en esos momentos afirmaba que quería cuidar de su madre. Yo sentía que tenía dificultades para identificar sus emociones, y que era por completo incapaz de expresar sus sentimientos de manera satisfactoria. Comencé a pensar que las empalizadas que encerraban a los animales salvajes eran fronteras que protegían sus sentimientos más profundos de enojo. No me sorprendió cuando me dijo que, en su nuevo hogar, no se le permitía mencionar sus experiencias previas, y que la relación con sus padres sustitutos parecía ser, una vez más, una relación en la que Karen actuaba como la niña que protegía a los padres de los sentimientos dolorosos.

La vinculación afectiva de Karen con su madre biológica era disfuncional y desorganizada (Howe, 2000). Por ser una usuaria de drogas duras, es posible que, con frecuencia, su madre no estuviera físicamente presente; y, si lo estaba, es probable que fuera una figura atemorizante o atemorizada, en quien Karen no podía confiar ni respaldarse. Por supuesto, la vinculación afectiva está relacionada con la regulación del afecto, lo cual se logra con las respuestas constantes de

la madre hacia el hijo a través de la modulación de emociones y experiencias que ayudan al niño a asimilarlas. No había otra figura constante con quien Karen hubiera podido vincularse afectivamente, si bien hubo una cantidad de diferentes parejas de su madre que parecen haberla cuidado hasta cierto punto, pese al hecho de que al menos uno abusó de ella. Cuando Karen le contó a su madre sobre el abuso sexual, no le creyó ni la respaldó.

La representación que Karen tenía de ella misma, su identidad y, sobre todo, sus emociones no se habían formado de manera integral durante sus primeros siete años de edad. Bien pudo haber formado vínculos afectivos con sus hermanas menores, y por suerte habían llegado juntas a un hogar sustituto; pero desafortunadamente, según me contó Karen misma, sus padres sustitutos la denigraban de continuo y la comparaban en términos desfavorables con sus hermanas. La imagen que Karen tenía de sí era la de valer muy poco; sentía que sus sentimientos eran inaceptables —por ejemplo, el enojo— y que estaba desvalida para intentar cambio alguno. Esta visión de su identidad es típica de una niña con una conducta de vinculación afectiva desorganizada.

Si bien a Karen le resultaba difícil ser expresiva en las sesiones, recuerdo más de una ocasión en la que dijo que se disponía a “matar al dragón”. Eligió un pequeño dinosaurio y representó una escena en la que interpretaba una pequeña figura de jovencita que se encerraba entre empalizadas, mientras el dragón iba y venía por el exterior de dicho recinto. Cada tanto, saltaba por encima de la empalizada y golpeaba al dinosaurio para que éste cayera. Finalmente, declaraba que éste estaba muerto. La futilidad de interpretar las metáforas en la terapia de los niños puede ilustrarse con la siguiente anécdota: en ese momento, recuerdo haber pensado que, tal vez, el “dragón” fuesen las drogas que se habían apoderado de su madre. Karen hablaba mucho de su



madre en terapia, pero no de los amigos de su madre (incluido el abusador). Por cierto, no le confié ninguna de mis interpretaciones.

Unos ocho años más tarde, pude reunirme con Karen y preguntarle sobre sus recuerdos de la terapia que hizo conmigo y con mis colegas. Recordaba las sesiones muy bien, y le pregunté si recordaba lo que representaba “el dragón”. Sin dudar, declaró que representaba al hombre que había abusado sexualmente de ella. Me dijo que recordaba “haberlo golpeado en las sesiones”, y que hacerlo le proporcionaba alivio y satisfacción. Manifestó: “Fue bueno hacerlo, porque, de otro modo, me habría enojado con otras personas que no lo merecían.”

Me atreví a sugerir, en una entrevista más reciente, que uno de los problemas que Karen tenía al momento de hacer terapia había sido contener emociones que sus padres sustitutos no aceptaban. “Diste en el blanco”, respondió. “Yo no me daba cuenta entonces; sólo pensaba que esa conducta no era aceptable.” Le recordé que, en ese entonces, le había pedido a la asistente social que intentara encontrar apoyo terapéutico para su madre sustituta, y consideré que debía ser independiente del trabajo que Karen estaba haciendo conmigo. Yo sabía bien que a Karen le resultaba difícil confiar en mí, y quería tener siempre la confirmación de que yo no fuera a decir a sus padres sustitutos lo que sucedía en las sesiones.

En mis informes periódicos, dejé bien en claro que Karen realizaba su trabajo más productivo con la pintura, y que este rasgo era compatible con el hecho de que su abuso parecía haber comenzado en su etapa temprana de la vida, cuando sus recuerdos habrían sido icónicos y su juego era “de corporización y de proyección”. A partir del trabajo artístico creativo, comenzó a expresar su dolor y pesar, además del enojo con su madre y con el hombre que abusó de ella. También mostró sus dificultades con la identidad

cuando comenzó a hablar sobre cuán aterrador había sido este hombre. En sus dibujos, mostró una figura aterradorizada a la cual estaba adherida una figura más pequeña, y afirmó que se trataba de su abusador y ella. Manifestó que ella no sólo estaba asustada, sino que resultaba aterradorizante para otros. Esta declaración muestra la forma en que había sido confundida por la persona que le brindaba alguna protección, pero que también había abusado de ella. Había intentado resolver esta situación a través de la identificación proyectiva y de la escisión de algunas de las partes aterradorizantes de este hombre, y aceptándolas ella misma.

Una de las preocupaciones más grandes de Karen cuando acudió a consulta a sus doce años era que estuviera loca o insana. Una vez más, ésta pudo haber sido una forma de sobrellevar y aceptar la conducta “insana” de su madre cuando ésta comenzó a consumir drogas. Karen había internalizado esta creencia, que la ayudaba a formar la percepción de que estaba desvalida. Además, la preocupaba sobremanera el daño físico que le hubiera provocado el hombre que abusó de ella. También esta idea era parte del estigma y de la profanación que sentía, que no la abandonaban por completo pese al delicado examen médico con el que se intentó tranquilizarla. La conducta de Karen era, a menudo, de rechazo, lo cual reflejaba sus expectativas en las relaciones íntimas.

Luego de nuestras doce sesiones individuales, Karen manifestó que “no podía soportarlo más”. A pesar de que trabajábamos a través de la metáfora, es posible que haya sentido que las sesiones eran demasiado intensas, en particular por el hecho de que debía enfrentar el trabajo ella sola y no podía compartirlo con sus padres sustitutos. Estuve de acuerdo con ella y le pregunté si estaría, en el futuro, interesada en unirse a un grupo de niñas sexualmente abusadas que coordinaba un grupo de colegas. Quería formar

parte de este grupo, cuyo tratamiento se basaba en los principios de la terapia creativa; sobre todo, de la dramaterapia. Antes de que el grupo comenzara sus sesiones, Karen se mudó a un lugar más satisfactorio, donde pudo expresar sus dificultades.

La dramaterapeuta del grupo recuerda que, si bien Karen parecía ser “despabilada”, tenía la impresión de que, debajo de esa máscara, era una niña desamparada. “Solía atrincherarse detrás de almohadones cuando nos sentábamos todos juntos en círculo; creo que se sentía amenazada por la intensidad de la experiencia.” La dramaterapeuta añadió: “No quiero decir que no participaba, valga la paradoja. Durante el trabajo efectivo [con narraciones], Karen estaba muy presente.” Por lo tanto, parecía que Karen aún sentía la necesidad de expresar su aislamiento y la de mantenerse a salvo en el grupo, como había hecho en las sesiones individuales. Sin embargo, la dramaterapia logró derribar esas barreras, tal como había sucedido con el trabajo artístico en mis sesiones.

Karen recordó, en nuestra última entrevista, que había temido “abrirse” durante las sesiones conmigo, porque pensaba que sus padres sustitutos sabrían lo que ella había dicho. Recordaba que habíamos acordado guardar la confidencialidad, pero que ella había aprendido a no confiar en nadie. De igual manera, en el grupo, había sentido miedo de mostrar sus sentimientos. “La situación en casa no era en absoluto segura —dijo—, por lo que no me importaba lo que los demás hicieran. Hasta te habría combatido. ¡Es una vergüenza!” Ella reconoció, sin embargo, que durante el trabajo creativo se divertía y que siguió asistiendo a las sesiones porque, como ella dijo, “me sentía relajada, no sé por qué”.

La encrucijada de Karen ilustra el gran daño que el abuso y el descuido causan a los niños pequeños, y la dificultad para reparar ese daño en la terapia. Los tropiezos para en-

contrar lugares sustitutos adecuados para dichos niños también se ven con claridad. Los comentarios de Karen muestran el hecho de que la terapia sólo puede llegar a buen puerto cuando el niño se siente lo bastante seguro como para recibirla. Durante las sesiones individuales, Karen no se sentía a salvo en su lugar sustituto y, por lo tanto, no pudo tolerar más que doce sesiones. En el grupo, acababa de llegar al hogar de su nueva madre sustituta. El grupo estaba limitado a doce sesiones, y Karen pareció adaptarse bien a esta estructura, motivo por el cual asistió con regularidad a todas y cada una de las sesiones. Es posible que haya obtenido más beneficios del grupo, pero no puede decirse con certeza si obtuvo esta ventaja debido a la estructura o por el hecho de que se encontraba en un hogar diferente.

En retrospectiva, Karen siente que los beneficios de la terapia se limitaron a la diversión que experimentó al expresarse de manera creativa. Recuerdo que, en el momento que hizo terapia conmigo, una de las razones por las que deseaba formar parte del grupo era que podía tener la oportunidad de conocer a otras niñas que habían experimentado el abuso sexual. Es posible que su sensación de encontrarse estigmatizada se redujera durante y después de la terapia de grupo. Tal vez, la mayor utilidad de este estudio retrospectivo sea el ilustrar la teoría de que es imposible imponer la terapia. Ésta es multidimensional, y es vital la confianza en el terapeuta; pero, con un niño, es probable que jamás se logre este estado si falta el apoyo externo a la terapia.

Mi propósito al incluir este caso de estudio aquí es el de mostrar que una evaluación insuficiente puede dar como resultado un desperdicio de recursos que podrían haberse invertido con mayor provecho en otro niño que se encontraba en un lugar más adecuado. Considero que mi voluntad de trabajar con esta jovencita se relacionaba más con mi propio deseo de ofrecer algo que “compensara” la falta de atención a la que se la confinaba, y no tanto con la nece-

sidad de recibir terapia en ese momento. No creo que la terapia le haya infligido algún daño, y ella misma pensaba que fue útil; pero al comentar la cuestión con ella tiempo después, resultó evidente que no pudo beneficiarse mucho de ella en ese entonces.

Tras esa experiencia, diseñé un procedimiento de evaluación más detallado, mediante el uso del modelo regenerativo, tal como detallo abajo. El modelo regenerativo (véase la figura 1.1) tiene tres fases: evaluación, acción y resolución. Se comentará aquí la fase uno, “evaluación”. En cada fase del modelo, se emplean los métodos de acción creativa y los terapéuticos.

## **Fase uno - Evaluación**

### **Desarrollo**

El objetivo de evaluar el desarrollo del niño es asistir al terapeuta a comprender la forma en que dicho desarrollo ha quedado dañado por el trauma que ha sufrido el niño. También puede brindar alguna indicación sobre el momento en que el abuso o el descuido sucedieron por primera vez, teniendo en cuenta que algunos niños han sufrido múltiples abusos por parte de diferentes cuidadores. Tal como expliqué en el capítulo uno, la teoría de Moreno del desarrollo infantil tiene tres etapas:

1. Encontrar identidad o sentimientos.
2. Reconocer el yo.
3. Reconocer al otro.

Durante la primera etapa, el niño pregunta: “¿Qué siento?”, y el cuidador principal, mediante el proceso de vinculación afectiva, regula y confirma esos sentimientos. Moreno llama “duplicación” a esta conducta, por la cual la figura de vincula-

ción afectiva expresa y regula los sentimientos para el niño. Los bebés entienden esos sentimientos a través de sus cuerpos y, por lo tanto, el “juego de corporización” (Jennings, 1993, 1995) domina la conducta del niño. Los bebés exploran su propio cuerpo, sus secreciones, y experimentan sensaciones de tacto. Además, mueven su cuerpo, tras lo cual vivencian las sensaciones asociadas con ese movimiento. Con posterioridad, puede expresarse el juego de corporización en el uso de pinturas, arcilla y agua, o en los deportes o la danza.

En la segunda etapa, el niño pregunta: “¿Quién soy?”, y comienza a reconocer y construir su identidad personal. Los cuidadores reflejan la conducta del niño a través del “espejamiento”, y el niño, entonces, comienza a comprender la forma en que su propia conducta influye en la de los demás. Si bien el juego de corporización continúa, en este momento comienza el “juego proyectado”, y el niño se interesa en las muñecas y en otros juguetes. Los niños tienen dificultad en albergar sentimientos conflictivos. Melanie Klein (1975) desarrolló el concepto de “escisión”, en el cual el bebé protege los “buenos sentimientos” de los “malos sentimientos”. Un infante puede no ser capaz de conceptualizar el hecho de que dichos sentimientos puedan emanar de la misma fuente (el cuidador), y no logra entender la idea de que el progenitor que le brinda alimento, calor y crianza (y respecto del cual depende por completo) también puede ser el que abusa de él físicamente o deja que sufra hambre y frío. El niño escinde ambos sentimientos en sí mismo y en el otro significante. Esta escisión conduce a la defensa psicológica o mecanismo de proyección destinado a sobrellevar el abuso. El “sentirse mal” de parte del yo del infante puede proyectarse en los objetos externos de que dispone; por ejemplo, los juguetes. Un oso de peluche puede transformarse en “la mala persona” responsable de faltas menores y quien contiene los sentimientos de enojo o tristeza cuyo reconocimiento por parte del niño es incómodo.

Esta teoría se vincula con la idea de Winnicott de un objeto transicional (Winnicott, 1971, 1974), que el infante atesora. Si los contactos con el infante son muy incongruentes o, en general, abusivos y traumáticos, es posible que este proceso de “escisión” se vea distorsionado y que un niño vulnerable se conciba a sí mismo como “todo malo” para proteger la parte nutricia de su cuidador primario, quien, entonces, se transforma en “todo bueno”. Éste puede ser un mecanismo de supervivencia necesario, e ilustra el caso de Karen, mencionado con anterioridad, quien había dado por sentado que, como niña, ella era “inaceptable”; es decir, “toda mala” para sus padres sustitutos, quienes no aceptaban sus sentimientos de enojo. Ella tenía que creer que ellos eran “todos buenos”.

La tercera etapa del desarrollo se representa con la pregunta: “¿Quién eres tú?”, en la cual el niño comienza a comprender el estado de separación de los demás y sus características diferentes. Éste es el momento del desempeño de roles, en el cual el niño intenta representar papeles tales como la “mami” o el “papi” o, tal vez, una persona de un cuento de hadas o una figura de culto de la televisión. Es posible que el niño integre alguno de estos roles a su propia personalidad. Hasta que llega a esta etapa, es incapaz de compartir, porque no puede comprender al otro. La mayoría de los niños han alcanzado esta etapa en el momento en que inician la escuela.

Al jugar con el niño y tenerlo como centro de interés (siempre permitiendo que él tome la iniciativa), por lo general salta a la vista qué tipo de juego domina su conducta. Hacia los cinco años, la mayor parte de los niños son capaces de emplear todos los modos del juego, pero si el juego de corporización sigue dominando y existe poco interés en otros tipos de juego, esta característica es, por lo común, un signo de que este niño ha sido perturbado por algún tipo de trauma durante sus etapas iniciales de desarrollo. Si está in-

cluido el juego proyectado, pero es incapaz de adoptar los roles de los demás, es posible que las experiencias abusivas le hayan sucedido durante la segunda etapa del desarrollo.

Una evaluación que incluye una comprensión de estas etapas puede ser de ayuda para que el terapeuta reconozca el alcance del daño y la duración de la terapia que puede requerirse. Si se evalúa a un niño para un grupo, puede que sea útil considerar si es probable que el niño que aún se encuentra sólo en la etapa de juego de corporización se relacione con niños que ya tienen habilidad en el desempeño de roles. También se verá que lo más probable es que una terapia que emplea el juego creativo —entre el terapeuta como figura de vinculación afectiva y el niño— ayude al niño a recomenzar su proceso de desarrollo y lo haga avanzar con éxito por las tres etapas.

## **Vinculación afectiva**

Junto con la evaluación del desarrollo del niño se encuentra la capacidad de éste para vincularse afectivamente con su cuidador y, en consecuencia, con el terapeuta. Fahlberg (1994) brinda una lista útil de criterios para evaluar la vinculación afectiva de los niños con sus cuidadores, la cual puede emplearse junto con una comprensión más amplia del proceso de vinculación afectiva —también llamado “apego”—, tal como lo demostró Howe (1995). Howe (2000, p. 156) nos recuerda los cuatro patrones de vinculación afectiva que se han sido descubiertos:

1. Patrones de seguridad: el niño siente que su cuidador se encuentra disponible, y tiene una valoración positiva de él y de su cuidador.
2. Patrones ambivalentes: el niño siente que la respuesta de su cuidador es incongruente, y valora a él y a su cuidador como dependientes y defectuosos.



3. Patrones evasivos: el niño siente que su cuidador lo rechaza sistemáticamente, y se ve a él mismo y a su cuidador como inseguros pero compulsivamente auto-dependientes.
4. Patrones desorganizados (con frecuencia asociados con niños que han sufrido un maltrato severo): el niño siente que su cuidador es temeroso o temible, y se ve a él mismo y a su cuidador como desvalidos, enojados e indignos.

Debe recordarse que muchos de los niños que se evalúan para terapia debido a situaciones de abuso mostrarán una vinculación afectiva insegura. Sin embargo, esta característica puede funcionar de manera muy satisfactoria para el niño en estas circunstancias. Muy pocos niños pueden mostrar signos nulos de conducta de apego, y queda claro que esta situación tendría que ser generada por el cuidador antes de comenzar la terapia. Es probable que el niño que muestre un patrón de apego inseguro repita las mismas conductas con su terapeuta o con su nuevo cuidador y espere una conducta similar a cambio. Sin embargo, una conducta congruente, de aceptación y no amenazante de un progenitor sustituto o de otro cuidador puede, luego de un tiempo, cambiar la reacción del niño. Con frecuencia, los niños abusados reciben el cuidado del progenitor no abusador. Es posible que la persona que abusó del niño también inflija el mismo trato al progenitor no abusador. Ésta (porque, con gran frecuencia, es la mujer), a su vez, puede haber sufrido abusos o descuidos en su propia infancia, y quizá haya establecido un patrón ambivalente o evasivo de vinculación con su padre, lo cual se repite en su hijo.

Si la terapia con el niño comienza en estas circunstancias, es importante que también se le ofrezca apoyo y terapia al cuidador. En la terapia individual con el niño, el terapeuta puede modelar conductas congruentes y de aceptación, y el

niño puede adaptarse con éxito a ellas.

Otra forma más creativa de observar los vínculos afectivos del niño para los otros significantes es el uso de un sociograma. Moreno (1993, pp. 68-72) sugirió un cuadro que muestra las configuraciones sociales de una persona, en el tiempo y en el espacio. He adaptado esta idea para mi trabajo con niños y he diseñado un ejercicio sociométrico muy simple para crear una instantánea de una configuración social para un niño. Este ejercicio puede realizarse con pequeñas figuras (animales, personas, monstruos, árboles, empalizadas...). El evaluador/terapeuta pide al niño que elija una pequeña figura con la cual representarse. Luego le dice que piense en todas las otras personas que conoce: quienes vivieron con él; aquellos con los cuales le gustaría vivir; sus “mejores amigos” y amigos de la escuela o del vecindario; otras personas importantes para él (que pueden ser maestras y parientes). No deben olvidarse las mascotas, sobre todo, las personas que puedan haber fallecido o haberse mudado, pero que siguen siendo de importancia.

El niño, entonces, elige figuras para representar a todas esas personas y para configurar una “instantánea” de todos ellos, incluido el niño mismo. En la actualidad, con frecuencia tomo una fotografía de este sociograma para mis archivos, pero no se la doy al niño. Al final de la terapia, solicito al niño que repita el proceso, que cambie cosas si lo desea, y tomo otra fotografía. La comparación de las dos fotografías puede brindar una indicación del cambio, antes o después de la terapia. El ejercicio inicial constituye un punto de partida para la terapia individual. “Melanie”, por ejemplo, se situó en el borde externo de una configuración que comprendía a sus padres en el centro y a otros miembros de su clan familiar alrededor. Su contacto “más cercano” era un pariente que vivía a nada menos que 4.800 kilómetros de distancia. Dentro del grupo familiar inmediato, en lugar de ella misma, situó a “animalitos de peluche” para representar

a un bebé y a un gato que, según afirmó, ella “había hecho”. Todo indicaba que el bebé y/o el gato eran representaciones de sí misma, y que ella mostraba dónde quería estar, en lugar de donde en verdad estaba (véanse ejemplos de sociogramas de niños “antes y después” en el capítulo ocho).

## **Estrategias para sobrellevar el abuso**

Cuando los niños son abusados, éstos desarrollan estrategias para sobrellevarlo como parte de su conducta adaptativa. Tal como mencioné con anterioridad, éstas son, con frecuencia, extremas y a veces están relacionadas con el género. Más niños que niñas se adaptan mediante el empleo de una conducta muy controladora para sobrellevar esos sentimientos de impotencia. Más niñas que niños utilizan la conducta de víctima por la misma razón. La socialización por género alienta una conducta más agresiva en niños, pero ambas estrategias sirven al mismo propósito. Por supuesto, la mayor parte de los niños probarán, de tanto en tanto, conductas muy controladoras o de gran sometimiento y dependencia, pero es probable que los niños que han sido traumatizados se ubiquen en los extremos más radicalizados de este espectro de comportamiento. Ocasionalmente, también el valentón cambiará de rol y se transformará en la víctima desvalida.

Estas conductas pueden evaluarse a través del juego, circunstancia en la cual la urgencia por dominar o ser la víctima de los demás surgirá con nitidez. Por cierto, durante el juego creativo, es probable que la conducta del niño hacia el terapeuta también sea extrema. Los cuidadores pueden informar conductas destinadas a sobrellevar el abuso, sobre todo si son del tipo “controlador”. Otra forma de evaluar estas conductas es mediante una simple prueba con el niño. Con el test B/G-Steem (Maines y Robinson, 1988), no sólo se evalúa la autoestima del niño, sino también el lugar

(*locus*) de control. Un niño con un alto puntaje en el lugar interno de control será más controlador, mientras que el niño que se sienta siempre como una víctima tendrá una puntuación elevada en el lugar externo de control. Los niños que se encuentran en los extremos de este espectro serán inadecuados para la terapia de grupo, y deberán ser vistos en terapia individual.

## Seguridad

La parte final del proceso de evaluación, mediante el uso del modelo regenerativo, es la evaluación de la seguridad para el niño. Como he dicho, no es posible llevar a cabo ninguna terapia si el niño se encuentra bajo algún tipo de amenaza de un abusador o varios. Tal como también he mostrado con el caso de Karen, la terapia es muy poco efectiva si los cuidadores del niño no apoyan de manera satisfactoria el trabajo terapéutico. La terapia también puede ser una aventura plagada de riesgos si los cuidadores no pueden comprender cuán vulnerable es el niño durante las sesiones y durante algún tiempo con posterioridad a ellas.

La capacidad del niño de autoprotgerse es también importante para ayudar a evitar nuevos abusos; pero, como he dicho, esta habilidad no debe enseñarse como un estereotipo, ya que existe el peligro de que el niño sienta que él tiene la culpa por no haber podido evitar el abuso. Si se percibe que el niño está en peligro de sufrir uno nuevo (desde fuera de la familia que lo cuida), debe hablarse con los cuidadores sobre la seguridad, junto con el niño. Cuando la terapia esté llegando su fin, es posible que algunos niños sigan necesitando atención especial por su seguridad personal.

Estas evaluaciones detalladas, que pueden demandar varias semanas, conforman el cimiento de la fase dos del modelo, la "acción". En esta etapa, debería poderse discernir si

el niño es más apto para la terapia individual o si se encuentra listo para un grupo. En este último caso, el terapeuta tiene que evaluar si el desarrollo del niño ha llegado a tal punto que le permita convivir con otros niños que han sido abusados. Si las habilidades relacionales son inapropiadas para la edad cronológica, entonces es preciso que, primero, se realice algún trabajo individual. Además, por supuesto, si las habilidades del niño para sobrellevar el abuso son el control excesivo y la conducta abusiva, necesitará trabajo individual antes de insertarse en algún grupo. La evaluación del trabajo grupal también se comenta en el siguiente capítulo.

## El trabajo con cada niño

Muchos de los niños traumatizados a los que vemos en terapia han vivido durante años en situaciones hogareñas en las cuales han sido objeto de poca o ninguna atención. Cuando el terapeuta se la brinda, el niño, sin dudas, se beneficia. Tal como lo he mencionado, la terapia se ve potenciada si el niño, además, registra una vinculación afectiva sana con el cuidador. Podríamos decir más: las investigaciones han demostrado (Cawson, 2002) que dichos vínculos afectivos y redes de apoyo pueden, incluso, reducir el impacto que el abuso provoca en el niño. Puede verificarse un vínculo afectivo similar y funcional entre el terapeuta y el niño, y este apego forma la base de la terapia que recrea los procesos evolutivos que se han visto demorados o distorsionados en el niño. Esta interacción creativa tiene lugar en el “espacio intermedio” entre los dos protagonistas, el terapeuta y el niño, tal como sucede respecto de la mayor parte de los niños entre la figura original de apego y el niño. Como expliqué en el capítulo dos, el “espacio intermedio” es necesario para alentar los vínculos existentes entre el cuerpo y la mente, y entre los hemisferios izquierdo y de-

recho del cerebro. El uso del juego, la metáfora y el simbolismo facilitarán el método. A fin de mostrar la forma en que el modelo puede adaptarse a niños de diferentes edades, brindaré ejemplos de trabajo con un niño de seis años y una niña de once.

## Joe

Este niño de seis años había sido objeto de abuso por parte de su tío materno mientras éste vivió en la casa junto con él y Sharon, su madre. Luego de que Joe hubo revelado el abuso —inicialmente, a su maestra—, Sharon también manifestó que ella había sido abusada por el mismo hermano mayor durante años. Pese a esto (o, tal vez, debido a esto), a Sharon le había sido difícil poner objeciones cuando su hermano se mudó a la casa luego de que el padre de Joe hubo abandonado el hogar, unos dos o tres años antes. Sharon había recibido algún apoyo concreto de su propia madre, pero éste fue retirado cuando Joe hizo las acusaciones. Sin demora, su hermano volvió a vivir en casa de su madre. Si bien el abusador de Joe había sido llevado a juicio, las pruebas fueron insuficientes para condenarlo y, entonces, Joe y Sharon fueron aislados por el resto de la familia. Mientras Joe concurría a terapia, su madre también se sometió a su propio tratamiento psicológico. Además, recibió apoyo de la comunidad. Afirmó que la maestra de Joe (a quien confió que era abusado) había dicho que, con frecuencia, Joe parecía estar “soñando despierto” durante la clase y que, a veces, se enojaba sin control con otros niños.

En la evaluación, Joe jugaba a ensuciarse y, en ocasiones, jugaba creativamente con los títeres de guante. Cada tanto, se disfrazaba de un Superman muy controlador, pero era incapaz de sostener este rol durante más de unos pocos minutos. Conforme la terapia avanzó, comenzó a jugar en el arenero y repetidamente sepultaba autos y personas. Parecía

crear una escena de devastación y no mostraba ninguna emoción cuando aclaraba que “todas las personas están muertas; por lo tanto, no sabemos qué sucedió”. La terapeuta siguió en el arenero durante algunas semanas y, en ocasiones, “duplicaba” una de las figuras sepultadas y expresaba tristeza o angustia cuando Joe apilaba más arena para que la figura quedara cubierta por completo. La terapeuta comentó al supervisor que era difícil no intentar hacer que avanzara la acción; pero, al mismo tiempo, reconocía que Joe no parecía estar listo para eso. El supervisor concordó y sugirió que la terapeuta siguiera con el juego de corporización e hiciera tanta duplicación como fuese posible respecto de todas las figuras sepultadas y de Joe.

La paciencia de la terapeuta se vio recompensada cuando continuó “duplicando”, y al ayudarlo a comenzar a expresar emociones por primera vez. Luego de un tiempo, eligió, espontáneamente, uno de los títeres de guante como “un amigo”. “Manchita”, un perro-títere, parecía ser un testigo, un respaldo silencioso, cuando Joe, sin palabras pero con decisión, seguía sepultando figuras en la arena. Su madre había manifestado preocupación porque Joe, a veces, “se enojaba fuera de toda razón”, destruía juguetes y hasta atacaba a sus propios amigos o a los de su madre. Parecía muy preocupado sobre la expresión de su enojo en las sesiones; pero, al fin, comenzó a concentrarse en otros títeres del recinto de juegos. Su enfoque respecto del juego de corporización se trasladaba, entonces, al juego de proyección.

El títere de guante era un hipopótamo, y Joe dijo que era “horrible”. Jugaron con éste y con otros títeres durante algún tiempo. La terapeuta, entonces, le preguntó si tenía algo para decirle al “horrible hipopótamo”. “No voy a hablarle”, respondió Joe. La terapeuta colocó al hipopótamo en la cúspide de una gran bolsa de porotos. “¿Qué hizo?”, preguntó ella. Joe dio un puñetazo a la cúspide de la bolsa de porotos. “Cosa horrible, horrible para niños.” “No se le

permite hacer eso —dijo la terapeuta—. Me hace enojar.” Con cuidado, sin perder el control, comenzó a espejar la conducta de enojo para que la viera Joe, al levantar un “palo para golpear” (un periódico enrollado y cerrado con cinta) y pegarle a la bolsa de porotos con un sentido “¡pum!”.

Casi de inmediato, Joe le arrebató el palo a la terapeuta y comenzó a golpear la bolsa de porotos y el títere. La conducta “duplicadora” de su paciente, seguida por el “espejamiento” del enojo de Joe, lo ayudaron a ingresar en el terreno de la expresión de sentimientos. La terapeuta observaba con detenimiento a Joe para asegurarse de que pudiera controlar su enojo. Toda expresión prematura de enojo por parte de la terapeuta podría haber sido antiterapéutica y haber causado que Joe retornara a la represión de su enojo como alternativa y a una expresión inapropiada de éste contra sus amigos. Joe siguió golpeando la bolsa de porotos hasta que se cansó, y la terapeuta le sugirió que podía sentarse a descansar.

Joe tomó a su amigo “Manchita” y se sentó muy cómodamente en un rincón. “Él y yo le dimos su merecido”, aclaró, al mismo tiempo que miraba con satisfacción al desvencijado hipopótamo. La terapeuta recordó a Joe que estaba bien enojarse, pero que no estaba “bien” golpear a las personas. “Lo sé”, respondió Joe. Luego de esta sesión, Joe pareció ser mucho más capaz de sostener su rol de “Superman”. Pasó numerosas sesiones en este rol, rescatando a niños de monstruos y dragones. En las sesiones informativas con su madre, Sharon, ella dijo que sus manifestaciones de enojo habían cesado, pero que él había preguntado cómo podían hacer que la “abu” (la abuela) comprendiera lo que había sucedido. La terapeuta ofreció organizar una reunión conjunta con la abuela, Sharon y Joe; pero, por desgracia, la abuela se negó a asistir.

Pese a esto, la conducta de Joe siguió en franca mejoría, y Sharon estaba complacida por los resultados. Reconoció



que su propia terapia la había ayudado a entender de qué manera no se brindó a Joe cuando éste era un bebé. Sus propios recuerdos del abuso y de la violencia doméstica le habían hecho difícil formar un vínculo afectivo con él. En el momento de encarar la terapia, ella ya disfrutaba de la relación de ambos y comenzó a forjar una nueva vida para ella y su hijo, aparte de la familia.

## Holly

Holly, de once años, sufría de “malos sueños”. Tenía como antecedente el haber sido abusada sexualmente por el novio de su madre durante años, desde alrededor de los dos años. Al momento de atenderla, vivía con su madre, Mary, y su relación mejoraba mucho día a día. Holly y Mary eran de descendencia afrocaribeña, pero vivían en una zona de población mayoritariamente blanca.

Durante la evaluación, se sugirió que Holly llevara un diario para poder tomar notas de sus “malos sueños”, si así lo deseaba, y que luego se trabajara con ellos durante las sesiones de terapia. La terapeuta se dio cuenta de que la mayor parte de los “malos sueños” tenían lugar durante el día y se trataba, en realidad, de episodios de disociación o “retrospectivas” del abuso sufrido.

Holly y la terapeuta acordaron que trabajarían sobre cualquier sueño que surgiera, durante seis sesiones, y que este plan podía llegar a extenderse si Holly lo deseaba. Este límite de tiempo parecía importante para Holly, quien, si bien deseaba trabajar con los sueños, sentía aprehensión de hacerlo. Manifestó que “trató de empujar [a los sueños], pero que seguían apareciendo”. La terapeuta habló a Holly sobre tener algún control de los sueños y sugirió que los trajera deliberadamente a las sesiones, ya que así los controlaría. Ella podía cambiar los sueños, si así lo deseaba, durante las sesiones. Casi con seguridad, Holly debió haber

disociado durante los abusos, debido al horroroso contenido de las pesadillas y por el hecho de que era muy joven cuando éstos sucedieron. Sin embargo, seguía usando la palabra “sueño” en lugar de “retrospectiva” para describir lo que ocurría y dijo que, en general, sucedían por la noche, cuando estaba en la cama. La terapeuta, entonces, siguió usando la palabra “sueños” cuando trabajaba con Holly.

Debido a las preocupaciones de Holly sobre los límites de tiempo, también se acordó que el “trabajo sobre sueños” tomaría un máximo de veinte minutos por sesión, precedido y seguido por unos diez minutos de preparación y cierre. Es importante que se tenga en cuenta la capacidad de atención del niño, y que se traten sus miedos sobre abordar el material en sí mismo. Cualquier tipo de terapia debe siempre contar con el consentimiento del niño y, para este tipo de trabajo psicodramático, éste debe sentirse listo para dar tratamiento al contenido específico. Holly había formado un vínculo afectivo con la terapeuta durante un largo período de evaluación y había solicitado específicamente hacer este trabajo.

La terapeuta explicó, durante el calentamiento, que Holly podía detener la situación dramática en cualquier momento y que, en ocasiones, ella y la terapeuta actuarían diversos papeles, y Holly podría usar los juguetes grandes de peluche, los títeres o las pequeñas figuras que había en la sala. De inmediato, Holly tomó un dinosaurio en miniatura y dijo: “Éste puede ser él.” Eligió una figura muy pequeña de un niño para representarse a ella misma. Dijo que el sueño era “lo que sucedió muchas veces desde que tuve dos años”. La escena que ella luego mostró, con las figuras en miniatura, fue horrenda. La pequeña figura que la representaba a ella había sido inmovilizada de una forma en particular cruel. Se trataba de un momento congelado en el tiempo, como una fotografía. Parecía venir en forma directa de su memoria icónica. Era obvio que la única forma en la cual podía

volver a representarla era a través de la miniaturización, tal como ella lo había realizado instintivamente.

Holly colocó su pie, enfundado en una zapatilla, sobre el dinosaurio de plástico, y dijo: “Lo estoy aplastando.” Solicitó a la terapeuta que lo pusiera en el cesto de los desperdicios, porque ella no quería tocarlo. Era obvio que estaba afectada en lo profundo de su persona por la escena, y no quería seguir contemplándola. Luego de un breve periodo de conversación tranquilizadora, se puso en acción de nuevo y se proyectó hacia el futuro. La terapeuta le pidió a Holly que se moviera a lo largo de una línea imaginaria, en la que ella crecía en edad, y que la llevaba a sus años de adolescencia. Ella cambió roles con la terapeuta para que pudiera mirarse a sí misma mientras maduraba. Habló de sus miedos y de sus fortalezas, y se dio “a sí misma” (terapeuta en rol) buenos consejos sobre cómo protegerse. Sintió que podía ver a “hombres como él” con mayor claridad que la mayor parte de la gente y que ella era, por ende, más fuerte y más prudente de lo que su madre había sido (si bien hizo hincapié en que ella la respaldaba en ese momento). Deseaba, también, proteger a otros niños.

En cada una de las sesiones que siguieron, como la primera, relató una escena que parecía congelada en el tiempo, en la cual Holly misma estaba desvalida por completo. Aclaraba que describía cosas que habían sucedido, pero que “seguían volviendo como sueños”. Casi nunca parecían contener metáforas, pero se trataba de retrospectivas icónicas verdaderas en su inconsciente. Cada retrospectiva estaba acompañada por un afecto mayor en el cual su rostro parecía muy vulnerable, y cuando hablaba, su voz era trémula.

En otra sesión, Holly describió una escena en la cual estaba inmovilizada y, esta vez, usó un cerdito rosa de peluche para representarse, mientras que el dinosaurio era el abusador. Expresó: “Ella quiere decirle a su mamá, pero tiene

mucho miedo.” Se le preguntó, como antes, si deseaba cambiar la escena, y esta vez dijo que sí. Afirmó que ella sería, entonces, un inspector y que la terapeuta podía ser el sargento. Ella utilizó esposas imaginarias para el sargento, mientras tomaba una cachiporra (un periódico enrollado). Ella y el sargento flexionaron sus músculos para mostrar cuán fuertes eran.

La escena que Holly había montado, con el cerdito y el dinosaurio, permaneció en la habitación, y ella representó el ingresar como una tromba a través de una puerta imaginaria, “golpeando con la cachiporra” al dinosaurio y ordenando al sargento que “lo esposara”. Cubrió cuidadosamente al cerdito rosado, con una manta, lo levantó y dijo que lo llevaría a un lugar seguro. Entonces, lo “alimentó” con una bebida y bizcochos, lo acunó en sus brazos y lo tranquilizó. Miró por sobre su hombro al dinosaurio, que yacía esposado e inconsciente en el piso de la habitación. Ordenó al sargento: “¡Despiértelo! Llévelo a prisión y átelo a la celda.” El sargento obedeció. Holly profirió gruesos epítetos contra el dinosaurio, mientras seguía acunando al cerdito rosado en el lugar seguro y le contaba todo el daño que él le había hecho a ella, a su madre y a otros niños. Las palabras brotaban de ella; era una catarsis. También le pidió al sargento que le dijera al hombre todo el daño que le había causado. En esta tarea, a la terapeuta le impresionó bien el cambio de roles en el que el dinosaurio, el abusador de Holly, se encontraba humillado y por completo desvalido e inmovilizado de la misma manera en que Holly había estado. Todavía en el rol de inspector, Holly arrojó al dinosaurio fuera del recinto.

Luego de esta sesión, Holly montó escenas en las que ella explicaba: “No eran sueños reales, porque no estoy dormida; son una especie de sueños cuando uno está despierto.” Así, reconocía la verdad sobre las retrospectivas, que habría sentido vergüenza de mencionar tiempo antes. Representó una

retrospectiva donde su abusador aparecía en su cuarto sentado sobre los muebles. Aclaró muy bien que su madre, en ese momento, la apoyaba plenamente, era fuerte y protectora. Sin embargo, su madre no la había respaldado al momento del abuso. Holly quería, al momento de la terapia, que su madre entrara al cuarto, donde el abusador estaba sentado sobre los muebles, y la rescatara. Efectuó un cambio de roles con su madre, y se rescató a sí misma (esta vez representada por un erizo de peluche). Luego, dijo que era “¡Mamá maravilla!”, y la terapeuta era Holly, y juntas echaban al dinosaurio de la habitación (en realidad, detrás de las cortinas corridas de la habitación). “¡Puaj!”, dijo mientras hacía la mímica de arrojarlo por la ventana y sacudirse de las manos todo resto de él. Holly, entonces, afirmó que un policía esperaba afuera, y ella cambió roles para personificarlo. Como es habitual con los niños, ella dirigió gran parte de la escena y adoptó otros roles sin indicaciones de la terapeuta. Anunció que llevaba al delincuente al hospital y que, entonces, sería encarcelado por el resto de su vida.

En ese momento, la terapeuta pidió a Holly que volviera al rol de ella misma, para que la terapeuta pudiera jugar el papel de policía. Lo hizo, pero antes que cualquiera de ellas hablara, miró al “policía” y le dijo: “Lo siento.” La terapeuta le preguntó qué era lo que lamentaba. “No lo sé; me surgió cuando volví a ser yo.” La terapeuta, ya en el rol de sí misma, dijo: “Me pregunto por qué sientes la necesidad de disculparte”, y Holly respondió: “Porque fue mi culpa; yo permití que me hiciera esas cosas.” La terapeuta dijo que la escena con el policía estaba cerrada y utilizó la técnica del espejamiento para permitir que Holly contemplara la dimensión y el poder relativo de ella misma y de su abusador. Holly eligió construir una torre de sillas y almohadones para él, y un juguete de peluche para ella. Ella y la terapeuta trabajaron juntas en el desempeño de roles sobre niños que obedecen

a adultos, y ella le contó a la terapeuta sobre las amenazas que había proferido el abusador. Sin embargo, persistían sus sentimientos de culpa.

Durante las siguientes semanas, siguieron trabajando en los sentimientos de Holly. Ella manifestó que los “sueños” se habían vuelto mucho menos frecuentes, pero que seguían apareciendo. En una ocasión, le pareció útil que la terapeuta cambiara de rol y se convirtiera en Holly durante una situación de abuso que ella había montado con juguetes de peluche. La terapeuta se mantuvo callada, con la boca cerrada, haciendo pequeños ruidos de angustia. Cuando ella salió de ese papel, comentó a Holly que se había sentido congelada e incapaz de hablar. Holly la miró sorprendida y dijo que ésa era la forma exacta en que ella se había sentido. Comenzó a entender un poco más sobre sus sentimientos de culpa. Ensayaron escenas en las que Holly se sentía fortalecida, no estaba “congelada” y podía gritar y contar sobre el abuso a otras personas.

La terapeuta estaba preocupada sobre la “contaminación” del nuevo dormitorio seguro de Holly, donde la mayor parte de las retrospectivas habían sucedido (aunque no todas). Montaron una escena en la que representaron su cuarto, y Holly sugirió que un pequeño ejército de ositos de peluche podía estar “de guardia” para “resguardarlo”. Colocaron un pequeño oso de peluche y varios otros imaginarios en puntos estratégicos, en toda la escena, hasta que ella se sintió muy segura. Luego, se le permitió llevar a casa el osito pequeño. Hacia el fin de las seis sesiones acordadas, Holly sintió la necesidad de asistir a dos más porque aún se sentía “un poco culpable del abuso”.

La terapeuta pidió a Holly que se convirtiera en “la buena mami” y que se hablara a sí misma cuando tenía tres años. Ella eligió, para representarse, a un erizo, que la terapeuta duplicó durante la representación. La terapeuta (en el rol de Holly) dijo que pensaba que el abuso era su propia

culpa porque no había gritado mientras sucedía. En su rol de “mamá buena”, Holly dijo: “No pudiste hacerlo, porque estabas congelada.” La terapeuta, entonces, dijo que debió haberle dicho a alguien luego de sucedido el abuso. En su rol de madre, Holly respondió: “Pero no comprendías eso entonces; eras muy pequeña.” Luego, cambiaron roles para que Holly pudiese experimentar el intercambio como sí misma.

En la última sesión, Holly dijo que sólo había tenido un solo “sueño” durante esa semana, pero que lo había “provocado ella misma”. Se le pidió que se explicara, a lo cual respondió que, luego de la retrospectiva, ella la había vuelto a actuar mediante el uso de juguetes de peluche y cambiando el final. Dijo que se había sentido mejor luego de eso, porque “el sueño sólo hizo lo que yo quería”. La terapeuta le preguntó qué juguete había elegido para representar al abusador, y Holly respondió que había usado un osito de peluche que no le gustaba y que vivía en el fondo de un armario. Ésta fue la forma única y singular de Holly de sobrellevar el trauma; pero se sentía como si, al menos, estuviera controlando las retrospectivas y no estuviera dominada por ellas. Parecía que había dado otro paso en su travesía hacia la autocuración.

## Conclusión

Tanto Holly como Joe sufrían del desorden complejo de estrés post-traumático (Herman, 1992) cuando fueron derivados a sus terapeutas. Ninguno de ellos lograba regular sus emociones, y ambos habían sufrido el trauma durante sus primeros años, cuando sus vinculaciones afectivas eran tenues o disfuncionales. Ambos seguían sufriendo episodios disociativos y tenían dificultades con la percepción de sí mismos; Holly, por cierto, estaba llena de vergüenza, culpa y se sentía estigmatizada. Ninguno de ellos tenía buenas

relaciones con los demás, y su sensación de autoprotección se encontraba dañada.

Todos los síntomas descritos arriba son parte del diagnóstico del DEPT complejo, y también son signos de que se encontraba perjudicado su desarrollo temprano. Por ejemplo, tanto a Joe como a Holly les resultaba difícil, a veces, expresar sus sentimientos, o los expresaban de manera inapropiada. Ambos tenían problemas con su propia identidad, y con sus relaciones con los demás. A cada uno, por lo tanto, le resultaba difícil responder a las preguntas: “¿Qué siento?”, “¿Quién soy?”, “¿Quién eres tú?”, como se sugirió en este capítulo.

Durante la terapia, forjaron buenas relaciones —similares a la vinculación afectiva— con la terapeuta, quien en cada caso trabajó creativamente a un nivel que ellos podían manejar. Se respetó el “espacio intermedio” en el uso de la metáfora, el empleo de juguetes y la atmósfera de juego. Cada niño y su terapeuta crearon situaciones en forma conjunta, que ayudaron a expresar sentimientos, confirmar la identidad y forjar relaciones. Ambos terapeutas utilizaron la “duplicación”, el “espejamiento” y el “cambio de roles” como parte de su repertorio. Tanto Joe como Holly son casos representativos de muchos niños, con dificultades similares, que han sido ayudados a partir de la intervención de la terapia creativa. Es posible que necesiten más terapia o apoyo conforme alcancen nuevos niveles evolutivos —tal vez, en la adolescencia—; pero parece que, luego de la terapia creativa, están mejor equipados para enfrentar lo que el futuro les depare.





## **CAPÍTULO VI**

### **Trabajo grupal con niños sexualmente abusados**



En este capítulo, se describen en detalle dos grupos de niños que han sufrido abusos sexuales (cuyas edades varían de ocho a once años). Dichos grupos se formaron con la ayuda de la NSPCC a los efectos de la investigación. Algunos aspectos del primer grupo (el grupo piloto) se han descrito en parte en un capítulo de *Psychodrama with Trauma Survivors* (Psicodrama con supervivientes de trauma; Bannister, en Kellermannn y Hudgins, 2000). Se describirá aquí tanto al grupo piloto como al grupo principal, poniendo el énfasis en el carácter práctico del trabajo con esta modalidad, con personal que está acostumbrado a trabajar con niños traumatizados, pero que ha recibido un mínimo de entrenamiento especializado. Todos los grupos terapéuticos integrados por niños deben contar con, al menos, dos terapeutas, debido a la responsabilidad respecto de la seguridad con que debe cargar cada uno. Las asistentes sociales dedicadas al cuidado de niños, los terapeutas artísticos, los psicólogos infantiles y los psicoterapeutas, así como otros profesionales, pueden formar un equipo en el cual compartan sus capacidades y su experiencia.

En el proyecto de investigación, un total de ocho miembros del personal (de los grupos profesionales mencionados en el párrafo anterior) recibieron algunas horas de capacitación adicional sobre el modelo regenerativo, y pasaron algún tiempo juntos para conocerse mejor y practicar sus habilidades creativas. En particular, practicaron técnicas

de “duplicación”, “espejamiento” e “inversión de roles”. Fue útil que los representantes de entidades oficiales y sin fines de lucro, incluidos los profesionales de la salud, trabajaran juntos. Se emplearon dos terapeutas para cada grupo, si bien, a los efectos de la investigación, una persona actuó como observadora en todas las sesiones y tomaba notas textuales. Se había decidido no utilizar cámaras de video para documentar las sesiones, debido al riesgo de que algunos niños pudieran haber sido víctimas de abusadores que habían empleado cámaras. Nos dimos cuenta de que había sido una sabia decisión. El personal trabajó por turnos en los grupos, de suerte que todos ellos obtuvieron experiencia en el método, pero sólo dos terapeutas (por lo general, un hombre y una mujer) coordinaron cada grupo de niños y niñas.

## **Fase uno - Evaluación**

Tal como se explicó en el capítulo cuatro, la evaluación de cada niño antes de la terapia es importante y, siguiendo el modelo regenerativo, se realizó a través de la observación de las cuatro áreas: desarrollo, vinculación afectiva, estrategias destinadas a sobrellevar el abuso, y seguridad. Respecto de ambos grupos, el personal se vinculó con los grupos oficiales de asistencia social de la zona, y solicitaron que se les derivaran niños y niñas sexualmente abusados de la escuela primaria (cinco a once años). Por razones prácticas y evolutivas, se decidió seleccionar niños de dos años en adelante, dependiendo de los que se les derivaban.

Las evaluaciones se llevaron a cabo en seis pasos. El primero consistió en tomar los antecedentes completos (por lo general, por teléfono) de la persona que derivaba al niño (la asistente social), la escuela, cualquier otro profesional pertinente y los padres. El segundo paso consistió en una visita al hogar por parte de dos terapeutas del grupo para observar

al niño y al progenitor o progenitores juntos, y luego, al progenitor o progenitores y al niño en forma separada. El tercer paso fue una repetición de esta sesión, pero en las instalaciones donde se habrían de realizar las sesiones. Durante estas visitas, se podía evaluar la vinculación afectiva con el cuidador principal, podían discernirse los niveles de desarrollo del niño y también, determinarse las estrategias destinadas a sobrellevar el abuso y la seguridad.

En el paso número cuatro, los dos terapeutas compararon sus impresiones sobre el proceso a partir de las entrevistas, y compartieron su información tomada de diversas fuentes. Luego, en el quinto paso, realizaron evaluaciones separadas respecto de la vinculación afectiva y las estrategias para sobrellevar el abuso antes de unirse otra vez para tomar una decisión final. En el sexto paso, si era probable que el niño integrara el grupo, se consultaba con cada escuela y se solicitaba a una maestra o directora que completara un cuestionario sobre la conducta del niño (véanse los párrafos siguientes para encontrar detalles completos del proceso de evaluación).

## **Los niños**

El centro de interés de cualquier evaluación de un niño dado respecto de su aptitud para conformar un grupo debe siempre tener en cuenta el efecto que cada niño puede ejercer sobre cada uno de los otros. Al observar el desarrollo, por ejemplo, debemos recordar que un niño abusado ya tiene una sensación de diferencia respecto de los demás, por lo cual es necesario que exista alguna similitud en los desarrollos evolutivos de todos los niños del grupo. En el grupo piloto, se evaluó por separado a cada niño derivado, y el terapeuta ofreció juguetes y equipo aptos para el juego de corporización, el juego de proyección o el desempeño de roles. Como mencioné en el capítulo anterior, fue importante que

el grupo incluyera niños que fueran capaces de utilizar los tres tipos de juego, al menos, hasta cierto punto. A los niños que se encontraban fijados en el juego muy temprano se les ofreció terapia individual y no de grupo.

Al observar la vinculación afectiva, el grupo de evaluación buscó pruebas de algunas de estas vinculaciones básicas en la vida del niño y la posibilidad de que puedan haberse formado también con los terapeutas y con los otros niños. Tal como he dicho, al efecto del grupo, cada niño fue visto con un progenitor o cuidador, juntos y separados, en dos ocasiones. Las evaluaciones fueron realizadas en forma similar a la descrita en el capítulo anterior, respecto del trabajo individual con niños. Se sometió a cada niño a un sociograma o test sociométrico (Moreno, 1993), mediante el uso de pequeñas figuras y juguetes, como se detalló antes (véanse además las fotografías del capítulo ocho).

Las estrategias para sobrellevar el abuso se evaluaron mediante el empleo de las mismas estrategias y tests que se mencionaron con anterioridad (Maines y Robinson, 1988). Tal como se explicó en capítulos previos, los niños que exhiben estrategias extremas para sobrellevar el abuso —bien sea una sumisión exagerada o un control exagerado— no serán aptos para un grupo en el cual puedan resultar explotados o donde puedan actuar como valentones respecto de otros niños. En un grupo para niños sexualmente abusados, este detalle es, por cierto, en extremo importante. Cualquier historial de abuso de los otros niños es también importante, y debe tenerse presente que, en ocasiones, éste puede ser “minimizado” por padres y profesionales por igual; deben mantenerse conversaciones con los maestros y con los asistentes sociales que realizaron la derivación así como con los cuidadores y los niños.

La seguridad del niño dentro del grupo se evalúa, en parte, observando la situación en el hogar, pero más importante para el trabajo de grupo es ver los resultados de la evalua-

ción previa respecto del desarrollo, la vinculación afectiva y las estrategias para sobrellevar el abuso. Todo niño cuyas estrategias para sobrellevar el abuso sean en extremo controladoras podría abusar de otros niños del grupo; y a la inversa, un niño muy vulnerable podría ser victimizado con gran facilidad. Además, la distancia en tiempo desde el abuso, o el descubrimiento del abuso, es importante. Algunos niños pueden estar poco preparados para escuchar acerca del abuso de los demás niños del grupo, y pueden quedar abrumados. También debe tenerse en cuenta que algunos niños que han sufrido un corto periodo de abuso sexual fuera de la familia pueden haberse vuelto más vulnerables a dicho abuso debido a dificultades temporarias de la familia. En dichos momentos, los padres normalmente comprensivos pueden haber retaceado su presencia, y el niño pudo haber sido fácilmente seducido por un perpetrador poderoso. Dicho niño puede necesitar ayuda para explorar las dificultades familiares con la familia, más que pasar a formar parte de un grupo donde el abuso sexual es el centro de interés.

Por lo tanto, la evaluación debe seguir las prioridades del niño en todo momento, para que éste sea capaz de expresar sus sentimientos sobre cualquier cosa que le preocupe. Durante el periodo de evaluación de varias semanas, los terapeutas necesitan asegurarse de que los niños se encuentren razonablemente seguros en su entorno familiar y de que los cuidadores sean capaces de respaldar al niño durante el lapso de la terapia.

## **Padres/cuidadores**

Numerosos niños que han sufrido el abuso sexual no viven con sus padres biológicos cuando llegan a terapia. Muchos se encuentran al cuidado de las autoridades locales, y algunos de ellos están con padres sustitutos, mientras que



un tercer grupo puede estar ubicado en hogares para pequeños grupos. Unos pocos niños pueden haber sido adoptados. Muchos otros, sin embargo, permanecen con el progenitor no abusador; por lo general, con la madre. En este proyecto, la mayoría de los niños se encontraba con sus madres biológicas, que carecían de compañero permanente. Desde un punto de vista terapéutico, es importante que los padres apoyen la terapia y que no la saboteen. También es útil que los terapeutas escuchen la forma en que los niños se comportan en la casa antes, durante y después de la terapia.

Desde un punto de vista ético, los progenitores no abusadores tienen el derecho de ser informados sobre el tipo de tratamiento que recibe el niño; y en este proyecto, los padres y los niños firmaron un documento en el cual expresaban que estaban al tanto de la índole del grupo de trabajo y dieron su consentimiento a la investigación. En el primer grupo, todas las madres afirmaron que estaban disponibles a fin de encontrarse una vez por mes con un miembro del grupo terapéutico para integrar un grupo de apoyo, en el cual brindarían y recibirían información y se les responderían sus preguntas. Este procedimiento constituyó un foro útil para el intercambio de puntos de vista; pero el apoyo del grupo no fue tan exitoso como habíamos esperado, tal vez porque las mujeres no vivían en las proximidades. En el grupo principal, los padres no estaban disponibles para asistir a un grupo de apoyo (o no desearon hacerlo), y por lo tanto, recibían la visita mensual de un miembro del grupo terapéutico. Los padres entendieron el concepto de la confidencialidad del grupo; y si las madres del grupo de apoyo planteaban cuestiones donde este detalle podía constituir un problema, se ofrecía a esa madre tiempo individual con el terapeuta.

Por supuesto, la confidencialidad era parte del “contrato” firmado por los niños y los líderes del grupo en la pri-

mera sesión, y este concepto se explicaba en detalle a los niños. Se les decía que si un líder de grupo sentía que algún niño aún sufría de abusos, o que abusaba de otros, entonces dicha información no podía mantenerse confidencial. De lo contrario, lo que sucediera en el grupo quedaría en secreto, si bien los niños eran libres de comentar a los padres o a otras personas en general todo lo que sucediera allí. Al comentarlo, los niños parecían haber comprendido con claridad este concepto.

Todos los padres completaron formularios de evaluación de conducta sobre sus hijos, tanto antes como después del grupo. El “Cuestionario sobre fortalezas y dificultades” (Goodman, 1997) resultó ser muy adecuado para estos fines, porque no se concentró exclusivamente en la “conducta difícil” y brindó un buen punto de conversación para que los padres y terapeutas hablaran acerca del niño de manera positiva. Este cuestionario, además, tiene una sección especial para maestros que fue muy útil para obtener un panorama de la forma en que el niño se comportaba en la escuela. En definitiva, los informes obtenidos de padres y de maestros brindaron una visión general de cada niño.

## **Transporte**

A fin de enfatizar la importancia de los grupos, éstos se reunieron durante el periodo lectivo para que no fueran considerados grupos de esparcimiento. Se eligió un momento tal que coincidiera con el hecho de que ciertas madres debían recoger a otros de la escuela luego de terapia. Los maestros apoyaron esta idea cuando se los consultó. En el primer grupo, las madres o ciertos voluntarios registrados trajeron a los niños desde la escuela, y estas mismas personas los volvieron a llevar a la casa. En el segundo grupo, un voluntario registrado asumió la tarea de llevar a todos los niños a terapia y a volver a llevarlos cada uno a su

casa. Esta decisión ayudó a la cohesión del grupo (dado que la interacción del grupo comenzaba en el momento en que se iba a buscar al segundo niño) y parecía ser la mejor solución.

## **Dimensiones del grupo**

Las dimensiones del grupo se vieron, en parte, determinadas por la cantidad de derivaciones apropiadas, pero también por el hecho de que los niños jóvenes y sexualmente abusados necesitan alguna atención individual en terapia. Los métodos de “duplicación” y “espejamiento” requieren de acción personal por parte de un miembro del personal terapéutico, que necesitará concentrarse en un niño por vez. Por lo tanto, la cantidad de niños de cada grupo fue de cuatro y cinco, respectivamente. Hubo al menos dos niños de cada sexo en cada grupo.

## **Fase dos - Acción**

### **Espontaneidad y creatividad**

El grupo brindó numerosas oportunidades tanto al personal terapéutico como a los niños para ser espontáneos y creativos. Los niños diseñaron los juegos con los cuales comenzaron los grupos, y éstos eran, por lo general, bien conocidos en los patios para jugar; por ejemplo, el de “Los pasos de la abuela”.

Cada semana se les brindaban juegos con títeres para observar su conducta proyectiva y de espejamiento. Los niños utilizaban los títeres para mostrar cómo se sentían. En el grupo de niños más pequeños, una niña, Sally, era considerada diferente de sus compañeros de la escuela. Si bien por fuera parecía similar, se había quejado en el grupo de que “todos sabían qué había sucedido”, y que los demás niños

le decían malas palabras de origen sexual. Era obvio que sentía el estigma del abuso sexual. Seleccionó un títere que era, sin dudas, una niña, pero que tenía pelo anaranjado con forma de picos que la hacían parecer un poco alarmante. “Me siento mal porque tengo el cabello anaranjado, y a nadie le gusto”, dijo con tristeza, en su papel de títere. “No tengo amigos.” De inmediato, dos niños, David y Mark, reaccionaron levantando un títere de tiburón y otro de oso, respectivamente. Comenzaron a luchar con el títere de nena. “Estoy cansada de esto —dijo Sally, dándole su voz al títere— Tratan de comerme; tengo miedo.” Mark, como el oso, de inmediato cambió su táctica y dijo que era “un oso de peluche que podía abrazarla”. David se escondió bajo un almohadón con su tiburón. Un miembro del personal terapéutico de sexo femenino lo duplicó, tomó su postura corporal y observó con cuidado, pero sin decir nada. David respondió reaccionando juguetonamente con esta integrante del equipo terapéutico y su títere. Juntos, observaron la acción de los dos títeres, el oso y la niña.

El títere de nena dijo: “Mi mami, mi hermana y yo dormimos juntas ahora en la misma habitación porque es seguro.” El oso dijo: “Puedo mantenerte a salvo, también, porque soy fuerte.” Sally bajó su títere de nena y levantó al tiburón. “Puedo comer a la gente, también”, dijo, mostrando su fuerza con mordiscos a los almohadones. Los dos niños, entonces, tomaron títeres de cocodrilo, y David dijo al miembro del equipo terapéutico que lo había estado duplicando: “Te amo.” El cocodrilo de Mark dijo a Sally y a la integrante del equipo terapéutico: “Yo te protegeré.” David, que con frecuencia mostraba mucha agresión, habló a través del cocodrilo. “No voy a lastimarlos. Soy amigo.”

Tal vez sea significativo que este intercambio haya tenido lugar un poco después de la mitad del transcurso de las sesiones de grupo. Los niños más pequeños (ocho o nueve años) pudieron proyectar sentimientos sobre títeres y ver

su propia conducta reflejada allí. También lograron invertir roles hasta cierto punto; la niña mostró su rol fuerte y autoprotector, luego de haber revelado su vulnerabilidad. Los niños pudieron manifestar sus roles afectivos y protectores luego de haber exhibido su agresión.

Los niños de este grupo respondieron bien a la duplicación y al espejamiento; pero al principio mantuvieron con toda estrictez el desempeño de roles y la inversión de éstos dentro de una metáfora de cuento de hadas. Cuando se pusieron ropas “para vestirse”, luego de siete sesiones, los niños jugaron a ser reinas y reyes y a Cenicienta. En general, deseaban interpretar papeles en los cuales ostentaran control. También querían mantener el control de la historia, cosa que era fácil de hacer cuando había de por medio un cuento de hadas conocido. Poco a poco, a lo largo de varias sesiones, los roles se hicieron más variados, e inventaron historias originales. Desde el principio, algunos de los niños habían construido “cercas” con arcilla. Parecían estar preocupados por los límites (lo cual no sorprende en niños cuyos límites han sido violados), y uno dijo que las cercas eran “casitas para cerdos”. En la habitación destinada al grupo, se pusieron a disposición algunos cerditos y cochinitos de plástico, que habían sido empleados en ejercicios de evaluación antes de que comenzara el grupo. Esto recordó a los niños la historia de “Los tres cerditos”, y pidieron que se les narrara este cuento durante una sesión, mientras jugaban con la arcilla (tal como se mencionó brevemente en el capítulo tres).

Se les narró la historia tradicional, en la que el primer cerdito se construyó una casa de paja que el lobo derribó. Luego, éste se comió al cerdito. Más tarde, el segundo cerdito se construyó una casa de troncos de madera, que el lobo también logró tirar abajo, tras lo cual también comió a este segundo cerdito. El tercero, más sabio, se construyó una casa de ladrillos. El lobo no pudo destruir esta casa, y

amenazó con bajar por la chimenea. Este tercer cerdito encendió un fuego, el lobo cayó sobre él y murió quemado. Este cuento infantil, que no ahorra truculencia, se narra con frecuencia a niños de corta edad que disfrutan con la repetición de la frase: “Cerdito, cerdito, cerdito, déjame entrar”, la respuesta: “No, no, por los pelos de mi barba, ¡no te dejaré entrar!”, y luego: “¡Soplaré, soplaré, y tu casa derribaré!” Bettelheim (1976), el gran psicólogo que trabajó con cuentos infantiles, consideró que la narración era aceptable porque los niños reconocían que cada cerdito representa una etapa de la vida y, por ende, cada uno de ellos puede morir y proseguir con la siguiente etapa. Concuerdo con esta evaluación, pero siempre sigo el ritmo de cualquier cambio que un niño sugiera, porque éste bien puede tener sentido para él.

Esta narración también tiene algún dejo de la experiencia del abuso sexual dentro de la familia. El “lobo” abusador intenta, en varias oportunidades, atacarlos y, al principio, logra hacerlo porque sus defensas no son lo bastante fuertes. Finalmente, se protegen y castigan al abusador. Sin embargo, no existe el rol de protector de los cerditos en esta historia. Tal vez no sorprenda que el grupo comenzara a tratar el tema de las madres que no pudieron (o no quisieron) proteger a sus hijos. Considero que la actitud de “culpar a la madre” había surgido, probablemente, de varias fuentes. Las madres de los niños abusados, con frecuencia, se culpan y sienten que no protegieron a sus hijos y que debieron haber sabido lo que el abusador hacía. Por supuesto, esta aspiración no es realista y, en ocasiones, las madres pueden soportar esta culpa cuando se les explica el proceso de “acicalamiento” que lleva a cabo el abusador. Comienzan a ver que sus niños fueron atraídos por el abusador y preparados para el abuso al mantenerlos, con deliberación, fuera del alcance del principal protector. A veces, también los otros miembros de la familia o amigos o incluso los profesionales culpan a las madres.

Decidí que sería útil que los niños vieran que sus madres también pudieron haber sido víctimas de un engaño por parte de sus abusadores. Por lo tanto, empleé el cuento que los niños habían sugerido, el tema de la “falta de protección” que habían planteado, y reescribí la historia de “Los tres cerditos” para que el lobo entrara a la casa de paja, más insegura, y fuera depositario de la confianza de la cerdita madre. Las sospechas de los cerditos surgen cuando él sugiere construir una casa más sólida para ellos, hecha de troncos de madera, *con él adentro*, sobre todo cuando se dan cuenta de que uno de los troncos va a ser usado para castigarlos. Sin embargo, su madre no oye las advertencias, y ellos tienen que hacer caso de otra sugerencia del lobo, de que deberían construir, todos juntos, una casa de ladrillos. Los cerditos oyen, por casualidad, que el Sr. Lobo le dice al Sr. Zorro que “tiene algo bueno entre manos: una linda casa y tres cerditos listos para ser su cena”. Pese a lo que narran los cerditos, su madre no puede creer las advertencias, y el Sr. Lobo empuja sin miramientos al horno a dos de los cerditos mientras la madre está fuera. El tercero corre a buscar a su madre, quien los rescata justo a tiempo. Los cuatro cerditos salen juntos a la cacería del lobo.

Un poco después de la mitad de las sesiones del grupo, se leyó a los niños esta historia alternativa. Los niños preguntaron si podían “representarla”. Espontáneamente, actuaron diversas escenas que diseñaron y para las cuales eligieron a los actores, y, además, a mi sugerencia, repitieron algunas escenas al tiempo que desempeñaban diferentes papeles. Tal como es común con los niños sexualmente abusados, se regodearon al desempeñar el papel del Sr. Lobo, el abusador. Por supuesto, ésta es una de las formas de sobrellevar el abuso, de adoptar, por un rato, el rol del abusador en lugar del de la víctima. Algunos, también, se sintieron felices de jugar el papel de la madre y demostrar cuán fácil era creerle a un muy plausible Sr. Lobo y aminorar los

reclamos de los niños. Los niños también estuvieron muy interesados cuando los miembros del equipo terapéutico representaban a los niños, sobre todo cuando tenían miedo, o cuando se frustraban porque la madre no les creía.

En ningún momento se llevó a la realidad esta metáfora ni se realizaron comparaciones con situaciones de la vida real. Sin embargo, luego de la narración, se preguntó al grupo qué pensaba de la “nueva” historia de los tres cerditos. Sin que mediara comentario, Mark se atavió con una bufanda y algunas cuentas de collares de una caja de disfraces y comenzó a danzar con el estilo exuberante de un bailarín irlandés. Los demás —tanto niños como niñas— sin demora tomaron un disfraz (la mayoría eran trozos de tela, hileras de cuentas y cinturones). Se situaron uno junto al otro, sin tocarse, y danzaron *Riverdance* con el acompañamiento de las palmas o de la percusión de tambor del equipo terapéutico.

Parecía que se habían logrado puntos de reflexión en al menos algunos de los niños, y no olvidaron la historia. Unas tres sesiones más tarde, durante un juego con títeres, un niño se transformó en cerdito, y los demás, de inmediato, se convirtieron en cerdos, mientras una niña afirmaba que ella era la cerda madre. Todos se desplazaron alrededor de ella en cuatro patas (para lo cual dejaron de lado sus títeres por un momento y se integraron al desempeño de roles). Un pequeño “cerdito” tomó un títere de lobo y lo golpeó repetidamente contra el suelo, mientras gritaba: “Maté al gran lobo malo.” La niña que representaba a la madre cerda se unió al “castigo físico al lobo”, tal como los demás “cerditos”.

Todas estas sesiones, en las que se utilizó una dramatapia que diseñaron los niños en forma espontánea, los ayudaron a contemplar sus experiencias a través del espejo teatral. Se vieron lo bastante desprendidos de sus experiencias personales para sentirse a salvo de todo riesgo,



pero lo suficientemente cerca para que se identificaran con los personajes y para que sintieran afinidad con algunos de ellos. Se les permitió que compartieran experiencias con los demás sin necesidad de ser demasiado explícitos. Ilustraron algunos de los dilemas más difundidos que confrontan los niños que han sufrido el abuso sexual. Es claro que la relación con los padres no abusadores estaban muy dañadas y que, con frecuencia, se colocaba a estas madres en situaciones casi imposibles cuando intentaban —y, a veces, no lograban— creer lo que afirmaban sus niños contra la palabra de padres y esposos.

## **El trabajo con los sueños**

Las sesiones sobre sueños o retrospectivas ya han sido descritas, con una niña en particular, durante el último capítulo. En el transcurso de estas sesiones, la niña empleó pequeñas estatuillas para representarse a ella y a los demás participantes del sueño. Era importante que no se viera más traumatizada por las nuevas representaciones, en las cuales ella hacía de sí misma en una situación abusiva. En el trabajo de grupo con niños, fu importante que un miembro del equipo terapéutico (o un auxiliar entrenado en psicodrama) jugara el rol del niño abusado en las nuevas representaciones psicodramáticas. Los sucesos se veían “como en un espejo”, y se distanciaba al niño del dolor. Otro factor de seguridad que, por supuesto, la metáfora, como se mostró en el uso del cuento “Los tres cerditos”.

En el grupo principal, con niños de más edad, de nueve a once, se hacía un “precalentamiento” con los pacientes para introducirlos a una acción psicodramática a partir de juegos físicos conocidos, y se empleaban los juegos con títeres para facilitar la expresión de sentimientos. Luego de la pausa, había un periodo de 45 minutos que, con frecuencia, se llenaba con trabajo artístico u otros juegos creativos.

Siempre reservábamos unos 15 minutos para los “comentarios con el grupo” y para relajarnos luego de la actividad creativa, de modo tal que las representaciones psicodramáticas jamás duraban más de 30 minutos. Esta dinámica parece ser suficiente para los niños de esta edad, si bien el trabajo con adolescentes puede durar hasta una hora.

Una niña, Liz, preguntó si podía trabajar sobre sus sueños, y el grupo estuvo de acuerdo. Ella había dicho que tenía problemas para dormir por el miedo a soñar de nuevo lo mismo. Comenzó a narrar el sueño:

Estaba caminando; eran las vacaciones. Regresaba al hotel cuando la tierra comenzó a temblar. Era un volcán que había empezado a hacer erupción. Luego, estaba nadando en la piscina del hotel, pero salí, y mami me dijo: “¡Entra enseguida al auto!” Pero la lava ya fluía, y entró por el techo del auto y quemó... [a su hermano menor], que murió. Luego, murió mami y... [su hermano mayor] tenía quemaduras de consideración. Papi y yo lo cargamos en el avión, pero falleció tiempo después.

La situación de la erupción volcánica parecía ser la metáfora perfecta de lo que había sucedido con la familia de Liz. Cuando un hermano abusa de otro, existen quiebres inevitables entre los miembros de la familia y, a menudo, hay varias “víctimas”. Las reacciones de las autoridades son, también muy importantes, y pareciera que el niño abusador constituye un foco de atención mucho más interesante que la víctima.

Sin embargo, esta metáfora parecía ser demasiado abrumadora para que el grupo pudiera tolerarla. Si bien el coordinador estaba preparado para tomar el papel de Liz, el resto del grupo pareció paralizado. El tema de la muerte y de la destrucción era, tal vez, la peor pesadilla de todos. No obstante, era importante que Liz no se sintiera culpable por

plantear este tema al grupo, motivo por el cual sugerí que, para miniaturizarlo y proyectarlo, debíamos emplear títeres que representaran ese sueño. Esta sugerencia fue recibida con gran entusiasmo por la totalidad del grupo que, sin demora, tomó títeres y ayudó sin reservas mientras Liz los dirigía en esta representación, papel con el cual ella pareció estar satisfecha. Luego, pregunté a Liz si podía “cambiar el sueño”, y ella recurrió a otra escena de vacaciones con toda su familia, en la cual todos estaban en la piscina; el “temblor” del volcán sólo creaba una ola que toda la familia manejaba sin problemas y, al final, todos “iban al McDonald’s a comer”. ¡Las metáforas con alimentos aparecen mucho en los sueños que representan los niños!

El drama se distanciaba a través de la metáfora, de la proyección y de la miniaturización, y de esta forma Liz lograba algún control con la ayuda del grupo. Ella comentó, algunas semanas más tarde, que el sueño no había reaparecido. Todos los niños preguntaron si también podían actuar sus sueños. Ned dijo que el suyo trataba sobre juegos con sus amigos en una tarde de invierno, justo antes de que oscureciera, momento en el cual un hombre llegó y se llevó a su mejor amigo. Parecía que Ned había designado automáticamente a su mejor amigo como a la víctima, en lugar de a sí mismo, y yo consideré que esta proyección era muy aceptable para él y para el grupo. Entonces, Ned eligió un gran almohadón para representar al “hombre”. Lo empujó con su pie y lo colocó al borde del grupo de niños. Él asumió la dirección (como lo había hecho Liz), pateó el almohadón alrededor del grupo para mostrar cómo “el hombre” merodeaba cerca de los niños. “El hombre”, entonces, tomó al mejor amigo y lo llevó lejos.

Al cambiar la acción, Ned decidió que deseaba que el grupo siguiera jugando, que hiciera caso omiso de la presencia del hombre, para que él pudiera irse. Eso hicieron: el grupo se concentró con ahínco en desarrollar un juego

mientras ni siquiera miraba al “hombre”. Este proceder pareció ser un buen ejemplo del apoyo que brindó el grupo, tanto en la situación terapéutica como en la vida real en el hogar y en la escuela, con sus amigos. La madre y la maestra de Ned dijeron que, durante su asistencia al grupo, comenzó a ampliar su círculo de amigos en la escuela y, en particular, elegía a algunos niños “fuertes” para que fueran parte de su grupo, además de a los más pequeños y callados, quienes antes habían sido sus amigos.

Suzie estaba ansiosa por representar su sueño, y la semana siguiente dispuso la escena con cuidado: dijo que en el sueño ya estaba crecida y que se encontraba en un dormitorio. Contó la historia antes de la representación, y mencionó que acababa de tener una discusión con un hombre, un amigo, que la había dejado sola. Otro hombre, vestido de payaso y con un cuchillo, sin previo aviso salió del armario y la apuñaló. Suzie lo golpeó con una botella e intentó salir corriendo del cuarto. Otro hombre, dedicado a la limpieza, higienizaba el piso externo al recinto, y ella le pedía que la ayudara, pero “él no podía oírla, porque era completamente sordo”. A esta altura, Suzie miraba con desprecio y gran impotencia. Por supuesto, me conmovió la metáfora de profunda sordera que ilustra la posición de “nadie quiere oír” cuando un niño ha sido abusado.

Los niños representaron el sueño; un miembro del equipo terapéutico hizo el papel de Suzie. Jane, que había forjado una amistad especial con ella, sorprendió al grupo al pedirle si podía hacer de payaso. Consideré que, tal vez, necesitaba meterse en el rol del abusador en lugar de su habitual papel de víctima en la realidad. Suzie estuvo de pie, a mi lado, durante esta representación, observando todos los detalles, y luego dijo con confianza que deseaba jugar la escena de manera diferente, y que quería participar. Ordenó al limpiador, personificado por Ned, que “oyera” y la ayudara. Él lo hizo con entusiasmo y liquidó al payaso con su propio

cuchillo (imaginario). Una vez más, se trató de un caso de un niño muy victimizado, Ned, que adoptaba el rol opuesto. Entonces, el grupo se unió en círculo para comentar sus pensamientos y sentimientos sobre las representaciones. Se procedió con cuidado al desprender a Jane de su rol de payaso y a Ned de su papel de limpiador. Es importante resaltar que ninguno de los dos personificó el rol de abusador más de unos pocos segundos, y que cada una de esas dos viñetas sólo tomó unos diez minutos cada una, de comienzo a fin.

En los debates del personal terapéutico que se realizaron con posterioridad, nos dimos cuenta de que ésta podía haber sido la primera vez que Suzie había sido en verdad “oída” respecto del abuso de que era víctima. Había sido objeto de abuso junto con otros niños, incluida su hermana mayor, por parte de un vecino. No había testificado porque los niños mayores lo habían hecho. A su padre le había sido muy difícil manejar el asunto, por lo cual es probable que no se haya comentado abiertamente en el hogar. Su padre había tenido un arranque de violencia hacia el abusador; pero, por supuesto, su esposa había evitado que de la intención pasara a los hechos. Suzie era casi siempre muy controladora en el grupo, aunque, en la representación del sueño, pudo asumir el papel opuesto, pedir ayuda y recibirla. Alguien había escuchado su reclamo.

## El trabajo con metáforas creativas

Se verá que los niños usan, espontáneamente, metáforas creativas para sobrellevar sus recuerdos del abuso. La importancia de estas metáforas, en los dos grupos, residió en que brindaban una forma de que el niño compartiera sus experiencias sin vergüenza y crearan soluciones juntos. El grupo no imponía metáforas, sino que se trataba de *creaciones conjuntas* de todos sus participantes. Todos parecían

sufrir de episodios disociativos en forma de retrospectivas, pesadillas o malos sueños. La forma más natural de sobrellevar estos síntomas de DEPT fue que los niños crearan situaciones con otros niños o adultos. Con las precauciones y habilidades de los adultos, se llevó a cabo esta creación conjunta, sin riesgos y sin nuevas traumatizaciones.

La metáfora brinda un puente, “el espacio intermedio”. Cox y Theilgaard (1994) sugieren que las metáforas pueden influir al inconsciente mucho más que el lenguaje lógico. Las metáforas creativas respecto de la asunción de riesgos y la seguridad se personificaron en los juegos grupales activos de apertura. Si bien éstos fueron, en un principio, sugeridos por el personal terapéutico, los niños no demoraron en hacerse dueños de este segmento de la sesión en ambos grupos y crearon juegos que, al tiempo que se volvían más riesgosos en ciertos aspectos, también tenían muchas más características internas de preservación de la seguridad. Por ejemplo, en un juego de “la mancha”, el “Sr. Lobo” fue designado como el participante que atraparía, y los demás niños debían “congelarse” si se los tocaba. Había una zona designada como “área de seguridad”, una pila de almohadones, en un rincón, donde nadie podía ser atrapado. Sin embargo, los niños cambiaban las reglas de suerte que llevaban consigo un gran almohadón y, al saltar sobre éste, creaban su propia “isla de seguridad”. Como apuntó un niño: “Es posible llevar con uno el área de seguridad.”

De igual manera, el juego con los títeres dio a los niños una oportunidad de expresar emociones de manera oblicua. También les brindó un espacio para mostrar sus sentimientos más confusos. Por ejemplo, un niño comenzó a golpear otro títere con el suyo propio, al tiempo que decía una incongruencia: “Soy muy feliz.” Una de las niñas parecía, con frecuencia, confundida respecto del sexo, y elegía títeres de apariencia ambigua, tras lo cual decía, con frustración: “Es hombre; no, es mujer. No lo sé.” Esta incapaci-

dad de comprender sentimientos o de expresarlos apropiadamente es típica de niños cuyos procesos de vinculación afectiva han sido interrumpidos o no se han desarrollado en absoluto. Con frecuencia, los niños de los grupos decían: “No sé qué siento”, pero actuaban sus sentimientos en forma tentativa a través de los títeres.

A veces, parecía que a los niños no sólo les resultaba difícil entender sus propios sentimientos, sino, además, comprender sus identidades. En una de las primeras sesiones, Suzie había dibujado una gran criatura semejante a un pez, luego de hacer comentarios de que ella era “mala” y “desagradable”. Un niño más pequeño, Jake, comentó que la criatura era un “horrible tiburón”, y Suzie estuvo de acuerdo. Debe haber sido la percepción de cómo se sentía en ese momento. No sorprende que Suzie pareciera, a veces, sentir que el ser demasiado sumisa conducía al abuso, por lo cual necesitaba recalcar su lado agresivo y peligroso.

Una de las metáforas más conmovedoras y creativas fue actuada por los niños más pequeños del primer grupo. Las sesiones llegaban su fin, y sus integrantes hablaban sobre una fiesta que organizarían para la última sesión. De repente, Mark tomó un collar de la caja de disfraces, lo colocó alrededor de su cuello y declaró que era su “talismán”. Recuérdese que el collar había jugado el rol de “talismán protector” en un desempeño de roles algunas semanas atrás. El niño, además, se envolvió flojamente en una larga bufanda y comenzó a bailar el “Riverdance”, que era un espectáculo popular que había sido difundido por televisión. Se detuvo luego de unos minutos y empezó a taparle los ojos a una integrante del equipo terapéutico con unas largas bufandas, por lo cual casi no podía moverse. Sin preguntar, los demás niños lo ayudaron callada y suavemente en esta tarea. Todos colaboraron para asegurarse de que nadie saliera lastimado. Utilizaron todas las bufandas y cinturones que tenían a su alcance, y Suzie dijo a la integrante

del equipo terapéutico: “Tú eres mi madre y has perdido a tu hija.”

Mark, el niño del “Riverdance”, dijo a la “madre”: “Sé dónde está tu hija, pero tienes que luchar con tu conciencia antes de que la encuentres.” Él adoptó el rol de la “conciencia” y dibujó un círculo imaginario sobre el piso, alrededor de él. Se paró en la pose de un luchador de karate. “Entra al círculo y lucha conmigo”, invitó a la “madre”. Comenzó una estilizada pelea, con una “madre” que casi no podía moverse (debido a las bufandas y a los cinturones), mientras la “conciencia” fingía patearla y golpearla, pero retrayendo los golpes a último momento. Suzie, que había elegido a la profesional del equipo terapéutico para el rol de la madre, gritó: “No, no, detente; estoy aquí, me has encontrado. ¡Estoy a salvo!” La “conciencia”, sin embargo, era impía. “Demasiado tarde”, gimió, “voy a matarla”. Suzie se abalanzó y tomó a la “madre”. “Yo te rescataré”, dijo.

Rápidamente, Suzie desató a la “madre” y la condujo fuera del lugar. En realidad, sus acciones reflejaban con precisión la relación actual de Suzie con su madre, en la cual aquélla protegía a ésta y se había vuelto “parentizada”. La sesión llegó a su fin en este punto, tras lo cual el grupo inició el cierre habitual, un comentario sobre los sentimientos que habían experimentado y un momento para agradecer a las personas que habían sido de especial ayuda. La integrante del equipo terapéutico que había jugado el rol de madre agradeció a Mark y a Suzie, quienes habían desempeñado los papeles principales en la representación que acababa de tener lugar (el de la “conciencia” y la “hija”). Gracias —les dijo— por recordarme que a veces hago mal las cosas, que no puedo estar en lo cierto todo el tiempo, pero que pueden perdonarme.” Mark, que había representado a la “conciencia”, dijo: “Mi papá solía culpar a mi mami. No era su culpa.” Al atar a la madre con bufandas, él había reconocido las restricciones que le había impuesto el abusador,



que era la pareja de la madre. Suzie, quien había personificado a la “hija”, afirmó: “Mi papi nos golpeó a mí y a mi mami, pero, luego, culpó a mami y se fue. Fue mi abuelito el que me lastimó cuando yo sólo tenía tres años. Yo se lo dije a mi mami.” Mark respondió: “Mi hermano me dijo que no le contara a papi, pero yo lo hice. Se lo dije a mi mami. La culparon a ella.”

Las sesiones de dramaterapia que acabo de narrar, diseñadas sin plan previo por los niños, los ayudaron a contemplar sus experiencias a través del espejo del teatro. La metáfora brindó “el espacio intermedio”, pero las situaciones fueron lo bastante cercanas ellos como para identificarse con los personajes y comprender a algunos de ellos. Los niños ilustraron algunos de los dilemas más difundidos entre este tipo de niños, los sexualmente abusados. Es claro que las relaciones con los padres no abusadores se vieron muy dañadas y que muchas veces se situaba a estas madres en situaciones casi imposibles, cuando intentaban creer a sus niños contra la palabra de padres y maridos, y en ocasiones fracasaban.

### **El trabajo con el desorden complejo de estrés postraumático**

Se ha señalado en el capítulo tres que los problemas de conducta más comunes en niños que han sido objeto de abuso sexual coinciden con el diagnóstico de Desorden de Estrés Post-Traumático (DEPT), y que una actualización más reciente de los criterios para este diagnóstico incluye referencias especiales a niños (Asociación Psiquiátrica Estadounidense, 1994). Los síntomas son: conducta desorganizada o agitada, recuerdos intrusos (expresados en el juego repetitivo), sueños atemorizantes, representaciones de traumas en forma de retrospectivas o en el juego, y un distrés psicológico intenso cuando se los expone a disparadores que

pueden recordarles el abuso. Algunos niños pueden tener problemas al dormir, dificultades con el control de su enojo y con la concentración e hipervigilancia (atención congelada).

Herman (1998) notó que, en situaciones de trauma prolongado (como en la mayor parte del abuso sexual infantil, sobre todo, el intrafamiliar), los niños experimentan cambios en la personalidad; por ejemplo, deformaciones en el emparentamiento y en la identidad. Ella se dio cuenta de que estos síntomas constituían una extensión de los signos de DEPT, que se originan en combates, desastres y violación carnal, y los denominó “DEPT complejos”. Si observamos el daño que se causa a niños en proceso de evolución a través del abuso sexual, queda claro que los “síntomas” o efectos serán amplios y complejos (véase el capítulo uno).

En los grupos, notamos que todos los niños mostraron algunos de los síntomas del DEPT complejo. Algunos de ellos sufrieron episodios disociativos transitorios en las primeras sesiones de grupo, si bien éstos no habían sido mencionados en forma directa por progenitores y maestros. Varios de estos niños, sin embargo, tenían dificultades en concentrarse, tanto en su hogar como en la escuela, y es posible que la disociación haya tenido relación con este fenómeno. También padecían otras alteraciones en la conciencia cuando liberaban algunas de sus experiencias dentro del juego en grupos.

Sus conductas destinadas a sobrellevar el abuso eran explosiones de enojo que, a veces, manejaban a través de la identificación proyectiva, mediante la cual proyectaban estos sentimientos difíciles en los terapeutas (Schacht, Kerlinsky y Carlson, 1990). Nuestros equipos terapéuticos fueron supervisados por un analista grupal especializado en trabajo de protección infantil; esto ayudó a ambos equipos a manejar las proyecciones de los niños. También fue de ayuda la prosecución de los encuentros del equipo para

apoyo mutuo, junto con el hecho de que las proyecciones disminuyeron conforme los grupos avanzaron.

Otros síntomas de DEPT son: problemas con la autopercepción, dentro de los cuales se identifica una sensación de impotencia o de desvalimiento, vergüenza, culpa y el “autoculpabilización”, sensación de envilecimiento o de estigma y sensación de completa diferencia con los demás. Estos síntomas se vieron en todos los niños, en momentos diversos. Parte del desvalimiento, la vergüenza y la “autoculpabilización” se verificó a través de su baja autoestima al comienzo, como lo demostraron los tests B/G-Steem y el test sociométrico. Tal como mostraré en el capítulo siete, estos síntomas se vieron considerablemente reducidos al fin de la terapia.

Otro síntoma que constituye parte del modelo del DEPT es el de las alteraciones en las relaciones con los demás, que consiste en la tendencia excesiva a jugar el rol controlador o de víctima (que, por cierto, también son conductas tendientes a sobrellevar el abuso). Mientras se desempeñan estos papeles, en formas exageradas y metafóricas, notamos, sin lugar a dudas, una morigeración de estos síntomas hacia el fin de las sesiones grupales (véase el capítulo siete).

Todos los niños de los grupos tenían atribuciones poco realistas de poder total para con el perpetrador, que en sí mismo es otro de los síntomas del DEPT complejo. La culpabilidad del delito de abuso sexual y el consiguiente proceso judicial son muy importantes para la protección del niño en el Reino Unido y, con mucha frecuencia, opaca la más obvia necesidad de consejo asistido o de terapia, tanto para las víctimas como para los abusadores (Parton y Wattam, 1999). Los jurados populares son, por lo general, renuentes a llegar a veredictos de culpabilidad en los que casi las únicas pruebas presentadas son el testimonio de los niños, aun cuando sean varios de ellos los que confirman los hechos. Existe un malentendido en el público en

general sobre la capacidad de los niños de ser testigos creíbles (véase Smith y Woodhead, 1999). De los nueve niños que concurrían a estos dos grupos de terapia, cinco han testificado en los tribunales, cada uno con otros niños que habían sido sometidos a abuso. El testimonio de tres niños no fue merecedor de crédito, y sus abusadores no fueron declarados culpables. Respecto de dos niños cuyas declaraciones produjeron un resultado positivo (ambos estaban involucrados en el mismo caso, contra varios abusadores), existían numerosas pruebas fotográficas. Los niños a los que no se les creyó sintieron —como no podía ser de otra forma— que los perpetradores ostentaban el poder total. Les resultó sumamente difícil entender que no serían víctimas de nuevos abusos. Incluso los dos niños cuyos abusadores habían ido a la cárcel seguían sintiendo que no serían protegidos por las autoridades cuando los hombres obtuvieran su libertad.

### **Fase tres - Resolución**

El concepto central de la tercera etapa del modelo regenerativo consiste en que los niños deberían haber comenzado a redesarrollarse a sí mismos. Como es obvio, el proceso natural de la evolución del niño se produce a lo largo de al menos siete u ocho años, y pudo haberse dañado o interrumpido en diversas etapas, según el momento en que haya comenzado el abuso, cuán intenso haya sido el trauma y durante cuánto tiempo se extendió. Tal como se ha visto, también existen factores mitigantes que influyen en el proceso, sobre todo las posibilidades de vinculaciones afectivas funcionales que establecen algunos niños que sufren el abuso de otros.

El avance puede reflejarse en tres áreas de auto-redesarrollo:

- Capacidad de comprender y expresar sentimientos.
- Conocimiento de la propia identidad.
- Capacidad de forjar, mantener y finalizar relaciones.

Se verá que, durante el trabajo individual y grupal explorado en este capítulo y en el capítulo cinco, los niños parecieron progresar en su capacidad y entendimiento de las tres áreas. Se verá en el capítulo ocho que los niños y sus cuidadores sintieron que habían existido algunos cambios en la conducta. Nuestros sencillos tests y ejercicios también mostraron algunos resultados positivos. Sin embargo, el apoyo y la comprensión continuos de los cuidadores son vitales si ha de mantenerse dicha mejora.

A veces, es difícil comprometer a los cuidadores en el trabajo terapéutico con sus hijos. Todas las familias de niños que han sufrido el abuso sexual están trastocadas y, a veces, su ruptura es irrecuperable. Muchos padres solos deben, además, enfrentar grandes presiones de orden económico y psicológico. Todos los niños que intervinieron en nuestro trabajo habían sido derivados por los departamentos de asistencia social a la NSPCC, y muchos de ellos experimentaban otras presiones (que son habituales en dichas familias). Por ejemplo, las madres mismas padecían de severos problemas de salud, y algunas habían perdido todo sistema de apoyo familiar cuando se descubrió el abuso. Varios progenitores tenían gran cantidad de hijos en su hogar, y otros ya los tenían en el sistema estatal de asistencia. En nuestro trabajo, descubrimos que las madres que habían logrado procurar y recibir el apoyo de otras mujeres eran las más capaces de respaldar a sus niños abusados.

## **Conclusión**

Casi no hay dudas de que el desarrollo de los niños que formaron parte de los grupos se había visto perjudicado

por el abuso sexual. Durante la terapia, se ayudó a los niños a recomenzar su proceso evolutivo (a veces, gracias a una cierta regresión) y a experimentar nuevas conductas en una situación exenta de riesgos. Claramente, su éxito en esta área estaba comenzando, y todo nuevo progreso dependería del apoyo de la familia y amigos, y la asistencia a más terapia, de ser necesario, cuando se alcanzara un estadio diferente de desarrollo.



## **CAPÍTULO VII**

### **Otras aplicaciones de las terapias creativas con niños traumatizados**





## Un abordaje global

En la primera parte del siglo xx, Lev Vygotsky, uno de los pensadores más brillantes de Rusia, fue pionero, junto con Jean Piaget, del estudio de la psicología; y su abordaje singular consistió en que la *actividad humana* era la llave que abría las puertas del desarrollo y de la educación (Newman y Holzman, 1993). En un país que comprendía muchas culturas y grupos étnicos diferentes, él reconoció que el arte, la literatura, la poesía y el teatro eran los medios para la colaboración y el aprendizaje. Él fundó la “educación especial” para niños con evolución demorada y acuñó el concepto de “zona del desarrollo próximo” para describir lo que yo he denominado “el espacio intermedio”. Éste es el espacio que se llena con actividad creativa cuando dos o más personas interactúan y aprenden juntas. Él declaró que el aprendizaje tiene lugar en este proceso cooperativo; ésta ha sido mi propia experiencia a lo largo de muchos años de trabajo práctico con jóvenes traumatizados.

Dado que, con frecuencia, distintas personas descubren “nuevas percepciones” en todo el mundo, tal vez no cause sorpresa que J. L. Moreno, un contemporáneo cercano de Vygotsky, también realizara descubrimientos similares. En sus años tempranos, comenzó a prestar atención a las actividades de los niños que jugaban en los parques de Viena,

y tiempo después, en los Estados Unidos, trabajó en escuelas y notó que los vínculos cooperativos entre los propios niños, y entre ellos y sus maestros, constituían una parte vital del aprendizaje. Al igual que Vygotsky, también entendió que el teatro o el desempeño de roles era una parte necesaria de dicha actividad. Una de las ideas de Moreno fue que debería alentarse a que la gente pruebe diferentes roles, como si ya fueran competentes en ellos.

Esta actividad es un componente esencial del psicodrama, y la he puesto en práctica. Podría citarse un buen ejemplo en una niña de once años de quien se decía que era iletrada, con problemas severos de comunicación, a quien mencioné en el capítulo dos. Ella fue derivada porque había sufrido abusos sexuales. Si bien se me había dicho que no sabía escribir, se interesó en la pizarra que teníamos en el cuarto. Adoptó el rol de “maestra” y “escribió” largas y muy incomprensibles oraciones. Se la alentó a que continuara con la escritura, si bien gran parte de ésta era ilegible. Logró comunicarse conmigo y actuar “como si” supiera escribir. Además, obtuvo una considerable autoestima y me dijeron que su desempeño escolar comenzaba a mejorar.

Algunos de los niños que pueblan las escuelas habrán sufrido, por supuesto, abuso sexual y/o físico, y muchos más lo habrán sufrido en el plano emocional. Otros pueden haber sufrido problemas con la vinculación afectiva cuando sus padres los abandonaron o debido a desquicios de orden económico. Muchos de estos niños muestran dificultades con el aprendizaje, pero es probable que los métodos de acción que respeten la creatividad conjunta puedan ayudarlos. Luxmoore (2002) explica la forma en que emplea las técnicas de psicodrama en la educación de colegas para ayudar a que los jóvenes se respalden unos a otros en la escuela. Los alumnos de más edad reciben alguna capacitación (en ocasiones, junto con los maestros) antes de brindar sesiones educativas a otros niños más jóvenes. El énfasis se

sitúa en la actividad y en la creatividad conjunta, con relación a lo cual Luxmoore cita un revelador comentario de una estudiante de 17 años que trabajaba con niños de once y doce años. Ella dijo que los niños parecen no tener “tiempo de juegos” (que sí tenían en su ciclo primario), y dejó entrever que están más abiertos a aprender cuando están “en acción” todos juntos.

Ella había descubierto por sí misma lo que Vygotsky y Moreno y, más tarde, Winnicott (1964), Slade (1995) y muchos otros ya afirmaban: el desarrollo y el aprendizaje de los niños están interrelacionados. El proceso comienza con las primeras vinculaciones afectivas y continúa con las demás relaciones, con sus pares y con los adultos. Curtis (2002), un terapeuta del movimiento y la danza, también emplea métodos similares con niños de escuelas primarias que tienen dificultades con su educación. Jennings y Hickson (2002) usan la dramaterapia con adolescentes a los que describen como “juventud sin afecto”. Existen numerosas pruebas de que estos métodos funcionan y de que los jóvenes disfrutan la oportunidad de aprender de manera creativa.

Entonces, pueden tener acceso a las terapias creativas los niños de todas las edades y los que han sido sometidos a diferentes experiencias, incluida la traumatización. También son de muy apta aplicación a niños con dificultades del aprendizaje, del habla o los que pertenecen al espectro autista. Smith (2002), un terapeuta del habla y del lenguaje, emplea con gran efectividad el psicodrama con sus pacientes jóvenes, y Gagani y Grieve (2002) trabajan creativamente con niños autistas. Pero respecto de los niños que han sido víctimas del abuso sexual, la terapia creativa puede ser la *única* manera en que puedan comunicar lo que les ha sucedido y recibir ayuda y reparar el daño que han sufrido.

Bacon (2001), en reconocimiento de la importancia del proceso de vinculación afectiva, lo relaciona con el secreto y con el no denunciar el abuso, sobre todo cuando el perpe-

trador es una persona de la familia o muy cercana a ella. Bacon comprende que, por lo general, los niños son incapaces de meditar una denuncia, a menos que hayan tenido alguna experiencia de cuidado sensible y responsable. He vivido esta situación en numerosas ocasiones en mi propio trabajo. Algunos de los niños cuyas experiencias se han descrito en capítulos anteriores sólo pudieron hablar sobre el abuso debido a que albergaban alguna esperanza de recibir un eco positivo. En otras palabras: esperaban que el abuso cesara cuando denunciaran que sucedía. En muchos niños, el hablar sobre ello condujo sólo al descrédito y a nuevos abusos.

A veces, los niños me confiaron que eran objeto de abuso sexual durante las sesiones de terapia creativa cuyos impulsores habían sido los asistentes sociales que sabían que un progenitor les infligía abuso físico y emocional (pero no sexual). Si el progenitor abusador ha abandonado el hogar (o se lo ha obligado a hacerlo), el niño puede permanecer con el progenitor no abusador. Sin embargo, el lazo de apego con ese progenitor puede encontrarse distorsionado por la presencia del abusador en el hogar. Como sabemos, los abusadores sexuales pueden procurar la destrucción de los vínculos afectivos protectores con el otro progenitor (Wyre, 2000); entonces, el patrón de vinculación afectiva con ese progenitor es ambivalente o desorganizado. Si, con todo, el niño tiene una oportunidad de generar otros vínculos afectivos cuyo respaldo es incondicional, entonces puede atreverse a denunciar el abuso a dicha figura de apoyo.

Los niños muy pequeños pueden mostrar con gran claridad el abuso sexual —con juguetes o muñecos—, si bien los incidentes descritos consisten, por lo general, en recuerdos icónicos inconexos, como es de esperarse. Citron (2002) es un psiquiatra y psicodramatista que coordina grupos terapéuticos para niñas muy pequeñas (cinco y seis años) en su clínica de Estocolmo. Describe a una pequeñita que mostraba,

con el uso de títeres, cómo un zorro “besaba al pato allí abajo” varias veces. La niña siguió la acción al solicitar la participación del “pájaro del secreto” (un títere manejado por un terapeuta), a quien le relató el incidente y le pidió que se lo dijera a la policía. El “policía”, que revestía la forma de un títere de mono manejado por otro niño, se llevó al zorro, para satisfacción de la pequeña. Citron señala que la historia pudo haber sido una versión fantasiosa de la narración de la madre sobre el abuso, pero esta suposición fue contradicha por el hecho de que la niña mostró, en su representación, cuán inútil era decir “no”. La opinión de esta terapeuta fue que la niña trabajó directamente desde su inconsciente, y se encontraba en íntimo contacto con su trauma. En una reunión posterior con la niña y su madre, aquélla no tenía, en apariencia, recuerdos de la representación que había hecho en la sesión. Citron puntualiza que la niña hubiera disociado probablemente en el momento en que personificó el recuerdo icónico pero, dado que la representación estaba contenida dentro de la metáfora del zorro y del pato y que existió una ulterior proyección mediante el uso de títeres, es improbable que la niña hubiera sido re-traumatizada. Mi opinión es que la niña disoció sólo durante un breve lapso —al momento de la recreación del abuso—, pero que estaba lo bastante en contacto con el presente para cambiar la historia, a fin de que ésta pudiera ser repetida a una persona que le creyera (el pájaro del secreto) y que el abusador fuera castigado (véanse en el capítulo tres otros comentarios sobre este incidente).

Los niños de más edad suelen usar metáforas más complicadas para mostrar el abuso que han sufrido, como describí en el capítulo anterior. Sin embargo, dado que el criterio probatorio es tan alto en los casos de abuso sexual que llegan a los tribunales, hasta las metáforas más obvias corren el riesgo de no ser aceptadas como prueba del abuso. En esta misma línea de razonamiento, casi nunca se

acepta el testimonio de niños muy pequeños, por explícito que éste sea. Por lo tanto, también es posible que los tribunales penales no acepten las pruebas presentadas por terapeutas creativos, si bien el Tribunal de Familia puede guiarse por un criterio menos rígido. Butler-Sloss dejó bien en claro, en el Informe Cleveland (1988), que el “juego de fantasía” o simbólico puede no ser aceptado como prueba. Tengo en mi haber numerosos ejemplos, pese a lo dicho, de niños que “denunciaron” primero a través del juego simbólico y que, luego, tomaron la suficiente confianza para contar todo su padecimiento de manera apropiada (Bannister, 1989).

Entonces, si los adultos que usan la terapia creativa trabajan en una unidad de protección infantil, o sólo dentro de un establecimiento terapéutico, se encontrarán sometidos a grandes presiones del sistema. También notarán sus propias reacciones respecto de horrendas experiencias que pueden presentárseles ante sus ojos a diario. Sus experiencias personales y su capacitación serán vitales para ayudarlos a soportar esta mecánica y ayudar a los niños afectados.

## ¿Quiénes son los terapeutas?

¿Se trata de personas de gran creatividad o sólo personas que pueden tener acceso a su propia creatividad y, también, a la de los demás? Me parece que son los englobados en este último caso, para los cuales, además, una adecuada capacitación es esencial. Un entrenamiento completo en materia de psicodrama toma un mínimo de cuatro años, y el destinado a la dramaterapia o a la terapia del juego es de, al menos, tres años. Otras terapias creativas (arte, música, movimiento y danza) cuentan con programas igualmente rigurosos de capacitación. Éstos son muy necesarios para los terapeutas que trabajan con adultos traumatizados, y más aun para los que trabajan con niños vulnerables. Sin embargo, Moreno, el creador del psicodrama, señala que “la crea-

tividad y la espontaneidad afectan las raíces mismas de la vitalidad y del desarrollo espiritual...” (prefacio a Blatner, 1973, repetido en Blatner, 1997). Blatner (1997) también puntualiza que los métodos psicodramáticos han sido integrados a muchas otras terapias y al teatro en la educación, en programas de crecimiento personal, grupos de recuperación y de autoayuda, y en muchos otros contextos.

Parece razonable, por lo tanto, que ciertos profesionales capacitados y experimentados en otras disciplinas, que ya cuentan con dilatada experiencia en el trabajo con niños traumatizados, puedan utilizar técnicas tomadas de las terapias creativas. Durante el trabajo reciente de grupo, descrito en el capítulo anterior, colaboré con dichos profesionales y, con mi participación como equipo de apoyo, logramos generar creatividad y espontaneidad tanto entre los niños como entre nosotros. Con frecuencia, los niños y el equipo terapéutico se energizan con la creatividad de las sesiones individuales o las de grupo; pero, por otro lado, ambos pueden sentir cansancio luego de las sesiones. No es razonable esperar que los niños vuelvan a clase poco después de una sesión; por este motivo, se programó que las sesiones se llevaran a cabo al final de la jornada escolar. Dicho trabajo es, sin dudas, estresante para el equipo terapéutico. Un componente clave del éxito del proyecto fueron las sesiones periódicas y muy competentes de supervisión brindada por nuestro terapeuta consultor. Dicha supervisión es, por supuesto, muy diferente de la supervisión ejecutiva, y se centra en las fuertes emociones que sienten los terapeutas cuando se los expone a niños con traumas profundos.

Muchos de tales niños han disociado durante el abuso y se han apartado del dolor que experimentaron sus cuerpos. Durante la terapia, los terapeutas tienen que tener cuidado de que el niño no se vea retraumatizado, porque entonces, disociará de manera automática y perderá contacto con su propio cuerpo y con el terapeuta. En el juego creativo que



he descrito, que se mantiene en la zona protegida de la metáfora, y cuyas fronteras están contenidas por el terapeuta, existe poco lugar para la disociación. Sin embargo, es fácil el acceso que puede tener el niño (o los niños) a sentimientos muy fuertes, y éstos pueden ser proyectados a los terapeutas (Schacht *et al.*, 1990).

La contención de estos sentimientos —que pueden ser de enojo, desprecio, culpa o asco, por ejemplo— puede ser difícil a menos que el terapeuta pueda comentarlos con otros colegas del equipo y con un supervisor. Los terapeutas pueden “introyectar” los sentimientos y experimentar culpa por el hecho de que, en ocasiones, sientan enojo hacia el niño o desprecio de su capacidad de ayudarlos. Varios terapeutas de nuestros grupos recientes hablaron de sensaciones físicas de náusea y dolor que podrían atribuirse a sentimientos proyectados a partir de los niños. Todos nos sentimos aliviados cuando exteriorizamos esos sentimientos en nuestras sesiones de supervisión. El necesario desarrollo de la empatía con niños abusados conduce, sin remedio, a exploraciones personales de nuestra propia infancia. Nuestra capacidad de vivenciar una empatía completa puede depender de nuestra voluntad de explorar nuestras propias experiencias tempranas (que pueden ser similares o diferentes de las de nuestros pacientes).

La mayoría de los psicólogos clínicos dedicados a la terapia creativa se han sometido a capacitaciones que consisten en realizar dicha exploración personal y hablar de ella, lo cual puede extenderse en sus propias sesiones permanentes de terapia y supervisión. Todo este andamiaje suministra la seguridad, que es tan necesaria e importante. Cuando se trabaja con un equipo, la supervisión del grupo de pares puede resultar muy efectiva, tal vez con algún aporte ocasional de otros profesionales. Cualquiera sea el método adoptado, el intercambio con colegas y el contar con la posibilidad de emprender trabajo personal creativo

permanente aseguran que el terapeuta se mantenga con buena salud y sea capaz de ayudar a sus pequeños pacientes con tanta excelencia como pueda.

## **Diferentes abordajes, resultados similares**

Como parte de mis investigaciones recientes, solicité una entrevista a tres terapeutas creativas para hablar sobre su trabajo con jóvenes sexualmente abusados. Pueden ser llamados “psicodramatista”, “dramaterapista” y “terapeuta del juego”. Todas tenían dilatada experiencia y habían trabajado en equipos de asistencia social o en hospitales o en otros entornos clínicos y educativos. La psicodramatista, especializada en el trabajo en grupo con adolescentes, y las otras dos profesionales trabajaban —por lo general, en forma individual— con niños cuyo espectro comenzaba en la edad preescolar y finalizaba en los años de adolescencia. La mayor parte de los infantes a los que atendían tenían un diagnóstico de dificultades de conducta, y los adolescentes eran pacientes internados en una unidad psiquiátrica.

Formulé a las tres terapeutas creativas la misma serie de preguntas sobre su trabajo con jóvenes abusados sexualmente. Se verá que, si bien sus abordajes individuales y sus grupos de pacientes eran diferentes, sus resultados fueron muy similares. Como es de esperar, esos niños, cuyas dificultades se habían potenciado a lo largo de los años (los adolescentes), presentaron los problemas más intrincados. Estos jóvenes, como resultado de sus experiencias traumáticas, fueron internados en hospitales durante cerca de un año. Muchos preadolescentes vistos por la dramaterapeuta mostraban una conducta perturbada que hacía que todo lugar sustituto fuera complicado. Los niños más pequeños vistos tanto por la dramaterapeuta como por la terapeuta del juego tenían problemas con su conducta en la escuela o en el hogar.

Dos de las terapeutas comentaron las conductas destinadas a sobrellevar el abuso que mostraban los jóvenes. Señalaron que, con los niños de más edad, estas conductas estaban arraigadas y que eran siempre “en un sentido o en otro, muy controladoras o de victimización”. Sugirieron que el niño sólo podía renunciar a esta conducta si tenía la oportunidad de crear comportamientos diferentes y ponerlos en práctica en un entorno exento de riesgos. Una terapeuta, quien también era psicóloga, había notado que los jóvenes abusados siempre obtenían malos resultados en una subprueba del test de cociente intelectual. Este resultado tenía que ver con su percepción del cambio (o la falta de ésta) cuando se les mostraban dos imágenes similares. Ella hizo un comentario sobre el “daño cerebral” que parecía haber sido causado por el abuso.

Sus comentarios encuentran eco en el trabajo de Glaser (2000), que saca como conclusión que el abuso crónico y el descuido afectan el proceso de desarrollo cerebral. Schore (1997b) también relaciona las dificultades en la vinculación afectiva con un desarrollo anómalo del cerebro y una consecuente predisposición a desórdenes psiquiátricos. Por supuesto, es este desarrollo cerebral anormal lo que los terapeutas creativos procuran revertir. Schore ha empleado la teoría de la vinculación afectiva y el uso de tomografías de emisión de positrones para mostrar que el cerebro se ve, sin duda alguna, afectado por el abuso temprano. Tal como hemos visto, Vygotsky y Moreno, respectivamente, se han propuesto mostrar que la interacción creativa produce un efecto en el cerebro que potencia el aprendizaje y, además, cura. Los tests realizados en niños traumatizados (y, presuntamente, dañados) que han sido sometidos a dicha terapia creativa e interactiva muestran que su autoestima y su conducta mejoraron (véase el capítulo ocho).

Todas las terapeutas de mi investigación creían enfáticamente que “dar poder” a los niños era la clave de la autocu-

ración. Mencionaron el poder del mero hecho de “observarse” y ser ayudados a construir sus propias narraciones conexas. Algunas mencionaron la repetición de las etapas de la evolución del niño, tal como la proyección:

Pueden usarse terapias creativas sin reconocer conscientemente lo que ellos [los niños] han experimentado, que es, con frecuencia, demasiado atemorizante y terrorífico. Los ayuda a poner algo en contexto sin utilizar las palabras desde el principio o, incluso, admitiendo para sí mismos que eso es lo que sucedió. Los ayuda a proyectar la experiencia.

Otra profesional hizo un comentario sobre la corporización, una etapa temprana del desarrollo del niño: “Entran en contacto con sus cuerpos y, en verdad, comienzan a sentir quiénes son y qué son capaces de hacer.” Como es de esperar, varias terapeutas hicieron especial mención de la tercera etapa del desarrollo del niño, el desempeño de roles. Un comentario típico es: “Cuando jugaba, su madre lograba entender su punto de vista por primera vez y darse cuenta de que ella también era una víctima.”

Dos de las terapeutas mencionaron que la afinidad de los terapeutas creativos con los niños se basaba en el hecho de que tanto unos como otros estaban conectados con el juego:

Con los niños más pequeños, considero que es un uso centrado en el juego, que ellos ya realizan. Veo que los niños aprenden del juego en sus hogares y en la escuela. Entonces, lo que hacemos es ayudarlos a centrarse y obtener algún reconocimiento adulto. Sí, se trata de dar validez a lo que experimentan en la vida.

El juego los ayuda a amigarse con la experiencia, cualquiera sea ésta, y a no tener que usar palabras. Es una gran ventaja para los niños. Les facilita un mecanismo seguro, debido a la proyección. Es posible que deseen practicar la seguridad en sí mismos; pueden utilizar títeres para eso.

Ésa es la ventaja de emplear materiales. El arenero puede ayudarlos; pueden comenzar a entender el impacto de ciertas acciones al ponerlas en un juego, con estatuillas. Es como practicar antes de que alcancen a comprenderse por completo.

Es el trauma lo que inhibe la urgencia natural de jugar y de usar las energías creativas. Entonces, esa necesidad de jugar tiene que comenzar con una relación creativa en algún sentido, en un ámbito seguro.

La terapeuta, quien también era psicopedagoga, mencionó las ventajas de “aprender con todos los sentidos” en las terapias creativas. “Los niños no aprenden sólo con los ojos y los oídos. Pueden usar el cuerpo y hacer otras cosas que no pueden en la terapia hablada.” Algunos terapeutas me dijeron lo que los niños mismos habían dicho sobre la terapia:

Cuando sales [de terapia], sabes que no es culpa tuya. Cuando llegas, crees que lo es.

Ahora, puedo hacer cosas [que] antes no podía.

Puedo hacer aquí lo que quiera. Puedo ser joven o viejo aquí.

Pregunté a todas las terapeutas sobre el mejor momento para trabajar con niños que habían sido objeto de abuso sexual. Como es de esperar, todas ellas sintieron que lo mejor era comenzar antes de que se hubieran arraigado las conductas destinadas a sobrellevar el abuso, si bien sus experiencias habían sido, en su mayor parte, con niños que no habían recibido ayuda con la suficiente premura. Por supuesto, dado que el abuso sexual infantil no siempre deja signos físicos inequívocos (como hematomas), su denuncia depende del niño. Los dilemas y las dificultades de esta cuestión están bien documentados (Richardson y Bacon, 2001). Aun en el abuso físico, los niños pueden negar haber sufrido las lesiones. Si no se sienten respaldados, puede

que sea imposible que lo cuenten. Tal como lo descubrieron los pediatras de Cleveland, en 1987, la evidencia médica puede ser lisa y llanamente negada.

La terapeuta que trabajaba con adolescentes en el establecimiento de internación consideró que una terapia intensa de doce meses era, por lo general, lo necesario. Sin embargo, los profesionales que trabajaban con niños más pequeños —sobre todo, los que contaban con padres o cuidadores que los respaldan—, consideraron que la terapia en periodos breves, desde seis sesiones en adelante, podía ser exitosa. Una de ellas pensaba que las terapias creativas funcionaban más rápidamente en los niños, porque las metáforas, el uso de los juguetes y otros estímulos los ayudaban a ver una perspectiva diferente casi al instante: “Digamos que el trabajo se realizaba con metáforas; mediante el uso de animales de juguete, ella [la niña] puede decir: ‘¿Cómo habría podido un gatito o un cachorrito cuidarse solo? No es su culpa.’”

Todas las terapeutas acordaron que la terapia no podía comenzar a menos que el abuso hubiese cesado y hubiera existido un reconocimiento de que éste había sucedido. También señalaron que no debería realizarse trabajo terapéutico alguno con el niño a menos que existiera un respaldo suficiente y adecuado, y que el cuidador principal también asistiera a terapia.

Interrogué a las terapeutas sobre las diferencias entre el trabajo de grupo y el individual. La terapeuta del juego sólo trabajaba con niños en sesiones individuales; pero las otras dos sentían, en general, gran entusiasmo por la energía de la experiencia grupal, si bien una terapeuta advirtió que eran muy estresantes para el profesional. Ella también habló sobre la importancia de evaluar a cada niño a conciencia antes de integrarlo a un grupo, a fin de dilucidar su daño evolutivo. Agregó: “Los grupos requieren un acuerdo del terapeuta y, tal vez, de los niños.” Sin embargo, ambas

terapeutas grupales subrayaron el poder del grupo para hacer avanzar el tratamiento con rapidez, debido a la interacción creativa entre los niños mismos. También mencionaron el poder del apoyo del grupo de pares y la reducción del estigma.

Cuando formulé una pregunta muy abierta, “¿Cómo empleas las terapias creativas para trabajar específicamente con niños que han sido víctimas de abuso sexual?”, cada una respondió haciendo especial énfasis en sus métodos particulares de seguridad y en la seguridad innata de las terapias creativas. La psicodramatista había recibido capacitación en el modelo terapéutico en espiral (Hudgins, 2000), donde la seguridad en el trabajo con supervivientes del abuso sexual se construye ex profeso. Esta profesional afirmó que emplea roles transpersonales para apoyar a los adolescentes que se encuentran a su cargo. Por ejemplo, les pide que elijan a alguna persona de su vida que no haya sido capaz de respaldarlos en la época en que se producía el abuso, pero que podría hacerlo en una representación teatral (tal vez, una abuela, una tía o una figura mítica). Una mujer joven eligió a un cantante famoso, con una voz poderosa, para respaldarla. Así, se empleó la metáfora de la “voz poderosa” (que la niña abusada no tenía) y, además, la oportunidad de usar la música y la voz permitían a la protagonista expresarse (cuando se encontraba en el rol de persona que brindaba su apoyo) mediante su creatividad y su cuerpo.

Esta psicodramatista también resaltó la formación de “espacios seguros” para los jóvenes dentro del ámbito físico de la terapia. Al igual que los niños más pequeños, en el grupo que describí en el capítulo seis, diseñaron espacios seguros para sus “juegos de la mancha”, se alentó a los adolescentes de los grupos de psicodrama a que formaran espacios dentro de la habitación donde se realizaban las sesiones y de los cuales podían retirarse si se sentían en riesgo. Varios jóvenes construyeron “nidos” con los almoha-

dones para sentarse en el piso e íconos o talismanes de seguridad a partir de objetos que se encontraban en el recinto. Se designó una bufanda dorada como “la bufanda de seguridad”, con la que los jóvenes podían envolverse para dar a entender que necesitaban mantenerse en un ámbito de seguridad durante la sesión.

La terapeuta del juego consideró que el espacio terapéutico constituía un factor de seguridad en sí mismo. Recalcó el uso de la proyección de forma tal que pudieran, en un primer momento, proyectarse los sentimientos dolorosos contra los títeres y juguetes y, poco a poco, introyectarlos con el apoyo del terapeuta. Durante las entrevistas con la terapeuta del juego y la dramaterapeuta (ambas trabajaban con niños pequeños), yo era consciente de las similitudes de sus roles y el rol de una “madre lo bastante buena”, como diría Winnicott. Estas similitudes y diferencias han sido exploradas por Grimshaw (1995), quien enfatiza su propia travesía personal para comprender su significación.

Si bien todas las terapeutas hicieron hincapié en la seguridad, esto no significa que no hayan admitido y tratado los sentimientos dolorosos. La dramaterapeuta dijo que era importante recrear en un ámbito seguro los sentimientos dolorosos: “... sentir el dolor y hacerlo confirmar; no negarlo, como ha hecho el abusador.” Sin embargo, la psicodramatista, que trabajaba con adolescentes, enfatizó la importancia de practicar roles adultos. A este fin, usaba las técnicas de desarrollo de “duplicación”, “espejamiento” y “desempeño de roles” con frecuencia. Puntualizó que estos jóvenes, que estaban muy afectados, necesitaban aprender cómo expresar sus emociones, contemplar los efectos de su conducta en los demás y practicar el “ponerse en el lugar del otro”.

La dramaterapeuta estaba interesada en el uso del tacto en la terapia y los factores de seguridad que este empleo involucraba. Era bien consciente de que algunas terapias prohíben el tacto entre terapeuta y paciente, pero ella con-



sideraba (al igual que muchos terapeutas creativos) que podía ser útil en la medida en que el terapeuta pudiera tener bien en claro sus propios motivos:

Recuerdo un niño que había experimentado un gran abandono en su vida. Recuerdo el momento en que tomó contacto con sus sentimientos sobre el abandono de su madre y lloró amargamente. Mi primer instinto fue el de rodearlo con mis brazos, pero no lo hice; consideré que no era lo correcto. Cuando lo exploré en mi supervisión, supe que había tenido dificultades en tolerar su dolor...

Todas las terapeutas mencionaron la necesidad de recibir supervisión profesional como factor de seguridad en su trabajo. Pero pusieron en claro que el potencial para curarse reside en los niños mismos. El terapeuta puede ser capaz de brindar un espacio seguro y sugerir algún abordaje, pero, en esencia, los jóvenes tienen que descubrir su propia creatividad. Deben sentirse lo bastante seguros para interactuar con la creatividad del terapeuta y, así, brindar sus propias soluciones y un camino hacia la curación.

Considero que no había sensación de estrechez de abordaje en ninguna de las terapeutas. Por el contrario, siempre surgió una voluntad de abrazar la diversidad (de métodos) y de trabajar con otros (padres, colegas, otros niños del grupo) para lograr resultados. El amplio conocimiento de todas ellas sobre los efectos del abuso sexual en el niño eran evidentes. Comprendían que las conductas que desplegaban los niños tendientes a sobrellevar el abuso no eran necesariamente de inadaptación, sino que podía tratarse de mecanismos efectivos de supervivencia (Van der Kolk *et al.*, 1996). Su comprensión de la índole del DEPT y de los efectos del trauma sobre el desarrollo del niño también era claro. Ilustraban el trabajo de Pynoos *et al.* (1996), que muestra que los niños pueden, en ocasiones, tener serios problemas de aprendizaje luego de sufrir un trauma de

proporciones. Ellas demostraron que el trauma había cambiado la conciencia fundamental del niño y su capacidad de usar palabras para expresar sentimientos.

Al analizar sus comentarios, consideré que podía reseñar sus objetivos en cuatro puntos:

- Permitir que los niños tomen contacto con su propio proceso de curación.
- Ofrecer al niño espacio, distancia y seguridad para observar sus dificultades.
- Alentar a los niños a usar su propia creatividad.
- Alentar a los niños a que estén conscientes de su cuerpo como parte del proceso de curación.

Las terapias creativas son las únicas que pueden ofrecer todas estas oportunidades, sobre todo en la creación del “espacio intermedio”, el espacio metafórico del juego (que, en sí mismo, implica distancia), y en la recreación simultánea de los procesos de vinculación afectiva.

## **El manejo de la incredulidad**

Para todos los terapeutas involucrados en mi reciente proyecto de investigación y para todos aquellos con los cuales he trabajado en equipo a lo largo de muchos años, el mayor problema puede haber sido el de vérselas con la incredulidad. Ésta comienza en el proceso de protección del niño, con los miembros inocentes de la familia de los niños abusados que han buscado explicaciones para conductas difíciles, pero que jamás han considerado la posibilidad del abuso. Una de tales madres, que al momento de hacer terapia había comenzado a respaldar a su hijo, habló de su escepticismo cuando su asistente social le dijo, por primera vez, que su hija había denunciado el abuso sexual de su padrastro:

Estaba enojada. No podía creerlo. Yo sabía que él me pegaba; por eso abandoné el hogar varias veces, pero jamás había sido violento con los niños. Si bien él era el padrastro, siempre había sido bueno. Se quedaba en casa cuando yo salía a trabajar. Ellos lo amaban. Hasta llegué a pensar que ni me extrañarían cuando me fuera.

La autoestima de esta madre era muy baja debido a la intimidación y el tratamiento violento que le infligía su marido. Trabajaba muchas horas una labor rutinaria y, en ocasiones, pasaba toda la noche con sus amigas en lugar de volver a la casa. Los dos niños más grandes mostraban problemas de conducta en la escuela; pero fue la niña, de siete años, quien habló con la maestra y luego con los asistentes sociales sobre la forma en que su padre y sus amigos abusaban sexualmente de ella y de sus hermanos. Los dos niños negaron con pertinacia la narración de su hermana, a pesar de la evidencia médica que atestiguaba el abuso de los tres niños. La pequeña contó cómo su padrastro los había amenazado a todos con matarlos si decían algo. Ante el cuadro de violencia contra su madre, no había razón para descreer de esta amenaza.

La culpa de la madre por abandonar a sus hijos era inmensa; su voluntad de asumir la total responsabilidad respecto de los problemas familiares significaba que no podía aceptar lo que estaba haciendo su marido. Al igual que sus hijos, ella negó una y otra vez la posibilidad hasta que el esposo fue llevado ante los tribunales, junto con sus cómplices, y fue declarado culpable. Con la ayuda de la asistente social y de un grupo femenino de apoyo cuyos miembros habían sido abusadas por sus parejas, su autoestima se elevó y se dio cuenta de hasta qué punto la denigración y el abuso a que la había sometido su marido habían sido, probablemente, parte de su plan para abusar de los niños. El aprendizaje de la dinámica de la conducta abusiva en el

plano sexual también la ayudó a reconocer numerosos signos de abuso en los niños, que antes le habían pasado inadvertidos.

Cuando vemos que los miembros de la familia que están involucrados de manera íntima pueden negar que el abuso sexual pudo haber sucedido, no debería sorprender que a un jurado popular, en un juicio por abuso sexual de un menor, le resulte difícil declarar culpable al imputado. La angustia que se causa a los niños involucrados en dichos casos es, por supuesto, inmensa, al igual que al cuidador que los respalda. Además, es difícil para los asistentes sociales y terapeutas enfrentarse a esta incredulidad cuando están convencidos de la verdad por haber estado involucrados en la protección del niño o en una terapia con él previa al juicio. Los terapeutas que trabajan con niños saben que son incapaces de mantener la “protección” (Richardson y Bacon, 2001) y que es probable que no digan más mentiras que los adultos. Ellos también comprenden las dificultades que los niños traumatizados tienen respecto de expresarse. Su enojo para con el veredicto puede ser difícil de contener, sobre todo si el niño se encuentra todavía en terapia.

Formar parte de un equipo terapéutico que brinde contención es, tal vez, la mejor forma que los terapeutas tienen de enfrentar la negación. Contar con un aporte periódico de otros profesionales sobre conclusiones de investigaciones y nuevos descubrimientos también ayuda a mantener claro el pensamiento. Tal como mencioné, la supervisión terapéutica es indispensable. Una tarea importante para los terapeutas es la de observar sus propios vínculos afectivos y notar de qué manera éstos han sentado las bases de sus actitudes actuales y, sobre todo, de sus relaciones. Este procedimiento ayuda a comprender nuestras propias actitudes respecto de la negación o la aceptación de verdades y nos equipa mejor para nuestra vida de relación con los demás.

Por supuesto, no sólo los terapeutas y los miembros de la familia (que incluye a los perpetradores) procuran negar la existencia del abuso sexual infantil. Comienza con el niño mismo que disocia cuando considera que las retrospectivas son meros sueños o “malos pensamientos”. Sin demora, los niños se dan cuenta de que la mayor parte de los cuidadores se aprovechan de esa negación y hasta pueden brindar explicaciones alternativas en lugar de aceptar la verdad, que es intolerable porque disloca la vida familiar. Es posible que al niño se le dé una denominación peyorativa —la de “fabulador”—, que lo persigue hasta la vida adulta. Algunos niños parecen sostener esta situación llamativamente bien, hasta que la acumulación de conductas destinadas a sobrellevar el trauma, ya sea de excesivo control o de jugar el rol de víctima, conduce finalmente a situaciones desesperadas.

Tal como hemos visto en este capítulo, cuanto más avanzada es la edad de las personas antes de acudir a terapia o recibir ayuda comprensiva, más tiempo tarda en aparecer la recuperación. Los trabajadores dedicados a la protección de niños y los terapeutas, junto con los padres biológicos, los sustitutos y los adoptivos necesitan colaborar entre sí para asegurarse de que los niños abusados reciban el mejor tratamiento posible en el tiempo indicado.

## **CAPÍTULO VIII**

### **Síntesis del modelo regenerativo**



A lo largo de la historia, los filósofos han puesto de manifiesto la importancia del juego en el desarrollo humano. También han dicho que puede que sea preciso *perfeccionar* el juego para ayudar a que la gente se torne más consciente de las recompensas y las dificultades de la vida. La mayoría de los artistas reconocerá que, en el arte que practican (teatro, artes visuales, danza, música, etc.), el juego ha sido refinado. A partir de las pinturas rupestres, de las prácticas chamánicas y de la descripción de primitivos instrumentos musicales y danzas, sabemos que la humanidad siempre tuvo conocimiento de los procesos artísticos y de su conexión con el desarrollo y la curación.

Kaprow (1993), artista y filósofo, sugiere que si se negara a los adultos el juego directo y, poco a poco, se lo desalentara en los niños, el impulso de jugar emergería no sólo en los verdaderos juegos, sino en juegos implícitos de poder y engaño: “Las personas se dan cuenta de que juegan menos con el otro, en un pie de igualdad, que lo que explotan y conspiran contra el otro” (p. 121). Estos “juegos de poder” se tornan destructivos en lugar de creativos. Sus efectos en ambos jugadores son negativos, en lugar de obtener consecuencias positivas conjuntas del juego creativo de a dos. Si bien algunos artistas prefieren trabajar solos, muchos otros, —sobre todo, en el teatro, en la danza y en la música— dan testimonio del poder de la creatividad conjunta.



Existe una larga historia del uso del teatro, la poesía, el arte y la literatura en la educación. Vygotsky empleó todas estas disciplinas cuando fundó la “educación especial” para niños con retrasos evolutivos. Él y Piaget mantuvieron un debate intelectual sobre la relación existente entre el lenguaje y el pensamiento en el desarrollo temprano del niño (Vygotsky, 1962). Vygotsky estaba convencido de que el aprendizaje ocurre en la interfaz existente entre las personas en el espacio vital. Afirmó que el desarrollo de los niños primero tiene lugar “entre personas” y luego “dentro del niño”. Utilizó la expresión “mente-en-sociedad” (Vygotsky, 1978) cuando explicó que el pensamiento y la percepción son actividades sociales, no individuales (Newman y Holzman, 1993, p. 24). Parece no haber duda de que un buen maestro es el que puede comunicar no sólo el poder de la materia que habrá de enseñar sino también una creencia en la capacidad del niño de absorberla.

También, es significativo que el juego y los afanes artísticos sean, por lo general, actividades que involucren tanto el cuerpo como la mente. Damasio (2000), neurólogo y filósofo, enfatiza la importancia de las relaciones cuerpo-mente. Afirmar que los dispositivos reguladores de la vida presentes en el cerebro gobiernan el cuerpo, al crear mapas corporales, y que la presencia tanto de estos dispositivos como de los mapas corporales son indispensables para los mecanismos que logran la conciencia nuclear (p. 23). Damasio brinda un rotundo ejemplo de una paciente que no podía recordar rostros en absoluto. Se le mostraban, al azar, caras de parientes cercanos y de amigos, además de personas a las que jamás había conocido. Al mismo tiempo, se registraba con un polígrafo la conductancia de su piel. Dicho aparato mostraba las reacciones corporales. Si bien no reconocía la identidad de ninguna de las caras, debido a su amnesia total para éstas, de todas formas casi todos los rostros de amigos o de parientes generaban una respuesta diferenciada de

conductancia de la piel que era en particular alta respecto de los parientes. En otras palabras, *su cuerpo recordaba lo que su mente había olvidado*.

Damasio es muy claro sobre los conjuntos concretos de patrones neurales que registra el cerebro cuando sentimos las emociones. Los sentimientos de gozo y de dolor, que pueden parecer efímeros, están registrados a fuego y se convierten en patrones neurales. Este descubrimiento brinda credibilidad a la psicoterapia, que trabaja con dichos patrones de emociones y, también, con las artes que, por cierto, influyen en forma directa en nuestras emociones. No hay nada efímero ni transitorio respecto de muchas de nuestras emociones; por el contrario, se vuelven parte de nuestro yo nuclear, y puede accederse a ellas mediante las artes y el cuerpo sin ninguna intervención de la conciencia.

Cuando una persona traumatizada disocia, su mente consciente se ve afectada por un disparador (con frecuencia, a través de una respuesta corporal) que influye en un patrón de emociones que ha sido dispuesto en un suceso traumático. También es posible que se desencadenen algunos recuerdos icónicos de ese suceso traumático junto con las emociones, y que la persona reexperimente el suceso en una retrospectiva. Dichas experiencias pueden ser dolorosas y debilitadoras, tal como lo hemos visto en capítulos anteriores, pero es importante prestarles atención. Parece probable que, en la recreación de sucesos, en formas simbólicas o metafóricas y dentro de las fronteras de la seguridad, se registren patrones neurales nuevos conforme el cerebro responda a la emoción que oficia de disparador. Es posible que los patrones originales no hayan desaparecido, pero el cerebro tiene, entonces, una respuesta alternativa cuando surgen emociones particulares.

En algunos sentidos, esta explicación de la disociación y la intervención terapéutica creativa para evitarla pueden traer reminiscencias de la terapia conductista que, a veces,

se emplea con las víctimas del trauma. Dicha terapia se concentra en desensibilizar el trauma, explorarlo, y en la relajación. Con frecuencia se la ha utilizado con soldados después de la batalla y con víctimas de desastres repentinos; por ejemplo, de ataques terroristas. Parece ser muy efectiva en dichas situaciones.

Pero para los niños que aún se encuentran en desarrollo, que han sufrido el abuso durante largos periodos por aquellos de quienes ellos esperaban que los protegieran, sería por supuesto inadecuada. Muchos de estos niños se quedarían sin figuras respaldatorias a su alrededor al momento del abuso y no tendrían experiencia para evaluar los ataques que se perpetraron contra ellos. Dichos niños, como todos los niños, están programados en el plano físico para desarrollarse a partir de la interacción continua, en relaciones de vinculación afectiva. Es más probable que estén en contacto directo con su cuerpo que los adultos. Éstos con frecuencia desoyen los mensajes del cuerpo, sobre todo si contradicen los mensajes cognitivos que se les han dado. Los niños están más familiarizados con el juego y con afares artísticos que pueden haber sido desalentados en algunos adultos.

Entonces, el modelo regenerativo, que emplea la evolución del niño, la teoría de la vinculación afectiva, las artes creativas y la conciencia corporal, es más apropiado para los jóvenes que han sido traumatizados. Por supuesto, lo que importa no se trata sólo de “lo que tú haces”, sino de “cómo lo haces”, y en ninguna otra parte es este postulado más evidente que en contacto con niños traumatizados. Todo terapeuta, asistente social, padre o cualquiera que se encuentre involucrado con dichos niños puede estar seguro de que su participación tendrá consecuencias; por este motivo, hay una responsabilidad de asegurarse de que éstas sean positivas. El impacto negativo del abusador sexual infantil es demasiado obvio. De la misma forma en que un violador

puede culpar a su víctima por “la forma en que caminaba” o “las ropas con que estaba vestida”, el abusador de menores también culpa el comportamiento del niño y hasta afirma que la conducta infantil normal es provocativa. Esta parte del abuso, a veces llamada “acicalamiento”, que por lo general comienza en una etapa muy temprana antes de cualquier contacto físico, suele ser más persuasiva y debilitadora y es la causa de numerosos problemas posteriores cuando el niño pugna por recuperarse.

Se sigue, por lo tanto, que las actitudes de otros adultos y niños hacia el pequeño que ha sufrido abuso son cruciales en relación con su capacidad de sobreponerse al trauma. Por desgracia cuando el niño decide denunciar el abuso las reacciones de los demás son, en el mejor de los casos, ambivalentes. Una madre puede descreer de que el abuso se ha prolongado ya por mucho tiempo sin ser descubierto, por lo cual su reacción puede ser la de: “¿Por qué no me lo habías dicho?”, que implica que, si fue verdad, el niño debió haberle dicho antes. Si el niño se lo cuenta a un amigo de la escuela, la reacción puede ser la de una risa avergonzada. A veces, los niños tratan de revelarlo a amigos o conocidos; la respuesta es una reacción exagerada y de escándalo, tras lo cual se retractan de inmediato.

Cuando el niño ha pasado por el mecanismo de denuncia del abuso y, tal vez, un proceso judicial, es muy posible que sus propios sentimientos de culpa y estigma ya se encuentren bien arraigados. En dichos casos, los procedimientos han registrado, en la actualidad, una gran mejora, y son numerosos los profesionales entrenados para responder de la forma apropiada; pero es probable que las reacciones de las personas que carecen de capacitación potencien las dificultades del niño. El modelo regenerativo (véase la figura 1.1, capítulo uno) ofrece una forma práctica a la vez que creativa de interactuar con estos niños para minimizar el daño que han sufrido y recrear un espacio y una interac-

ción viva donde se dé importancia a los poderes regenerativos del niño y se los ponga en acción.

## **Fase uno - La evaluación y su importancia**

Si bien ya he enfatizado la importancia de la evaluación antes de la terapia con niños que han sufrido abusos sexuales, considero que dicha evaluación contiene otro propósito: puede ayudar a cualquier profesional a entender la conducta del niño. Muchas personas que tal vez no cuenten con gran experiencia con niños sexualmente abusados pueden tener ideas estereotipadas sobre las reacciones de los niños. Pueden dar por sentado, por ejemplo, que una actitud agresiva implica que el niño afronta el problema de manera positiva y no desea involucrarse con ninguna otra persona. La segunda parte de esta suposición puede ser correcta. El niño está inmerso de lleno en una estrategia controladora tendiente a sobrellevar el abuso y tiene miedo de que cualquier vínculo destruya esta fachada. Tener este detalle en cuenta, como parte de la primera fase de toda evaluación, alerta al profesional, quien no procurará, de inmediato, desbaratar esta conducta. La comprensión del motivo por el cual el niño se muestra tan controlador y agresivo puede ayudar al adulto a afrontar dicha actitud. Por supuesto, esto no implica afirmar que el adulto deba convertirse en víctima de la conducta del niño; por el contrario, se impone aquí un abordaje racional como primer paso hacia la construcción de una importante relación creativa.

De igual forma, la estrategia para sobrellevar el abuso que emplea el niño callado y sumiso puede pasar inadvertida con facilidad, tanto por parte de profesionales como de cuidadores no abusadores. Dichos niños son en extremo vulnerables a nuevos abusos de todo tipo, sobre todo cuando tienen relación con personas muy controladoras que

toman decisiones por ellos. Es preciso estimular con gran delicadeza a dichos niños para que elijan y se los elogie cuando lo hagan. Tal vez sea difícil involucrarlos en esta dinámica, pero el uso de la “duplicación”, en particular, puede ser muy útil.

La evaluación de las relaciones de apego del niño también nos brinda una pauta sobre el comportamiento. Es muy sencillo atribuir la conducta del niño a la insuficiente o inadecuada labor de los progenitores en su rol de tales; además, esta atribución provoca gran angustia en los padres. Bien puede suceder que éstos repitan relaciones disfuncionales de apego que pudieron haber forjado con sus propios progenitores (caracterizadas por el padre agresivo y físicamente abusivo que declara que los golpes que él recibió jamás le hicieron ningún daño). Sin embargo, las relaciones disfuncionales de apego entre niños y padres pueden cambiarse, tal como lo demuestran los proyectos de vinculación afectiva que se realizan en el Reino Unido y en otros países. El desarrollo de estas relaciones de apego puede realizarse en un clima exento de culpas, y los niños y padres o cuidadores pueden trabajar juntos de manera beneficiosa para todas las partes involucradas (véase Holmes, en Bannister y Huntington, 2002, y también Chimera, *op. cit.*).

El personal que trabaja en establecimientos preescolares o de educación primaria también puede emplear un modelo de evaluación que tenga en cuenta el desarrollo del niño. También es probable que los niños de cuatro o cinco años que no pueden a esa edad establecer relaciones satisfactorias con los demás estén fijados en el juego de corporización o proyectado. Es posible ayudar a dichos niños a que desarrollen su comprensión de las relaciones y de la comunicación al alentarlos sutilmente a participar de juegos simples donde puedan desempeñar diversos roles. La narración de cuentos también ayuda a los niños a formar sus propias

concatenaciones internas de ideas, y así lograr que cobre sentido lo que pudo haber sido una vida temprana caótica.

En los casos de protección infantil, la evaluación de la totalidad del niño es tan importante como la evaluación del abuso físico y sexual que sufrió. El examen médico de estos niños puede ser vital, pero la comprensión de la forma en que el desarrollo pudo haberse visto demorado, cómo los apegos pudieron haber sido distorsionados y la manera en que las estrategias destinadas a sobrellevar el abuso afectaron la conducta del niño pueden ser tan importantes como la *evaluación* de la seguridad del niño. La evaluación de la seguridad incluye entrevistas con los cuidadores, por un lado; y con cuidadores y niños en conjunto, por el otro. Sin embargo, los asistentes sociales necesitan ver a los niños solos para evaluar su nivel de desarrollo. Dicha evaluación (jugar con juguetes para determinar qué nivel de juego ha alcanzado el niño) puede realizarse con toda sencillez, aun si el niño y el asistente social no hablan el mismo lenguaje. La observación que se hace del niño con su cuidador para evaluar su vinculación afectiva es, sin duda, importante y, salvo en el caso de bebés de hasta un año, también puede reunirse mucha información sobre el apego afectivo a partir del uso de sociogramas con el niño solo. Como ya he dicho, se trata de un ejercicio visual, y sólo es necesario contar con un lenguaje mutuo para la explicación inicial al niño y para la traducción de cualquier comentario identificatorio que el niño pudiera efectuar respecto de las estatuillas (véase en el capítulo cinco una explicación de los sociogramas). También es necesario reunir información proveniente de otros contactos respecto de las estrategias habituales de los niños para sobrellevar el abuso que y su capacidad para protegerse. El éxito de la terapia futura depende de una buena evaluación en la etapa de protección del menor y de la conducta interactiva entre todos los profesionales involucrados y el niño.

Por cierto, una buena evaluación no sólo es vital para el

éxito de la terapia futura. Además, a la luz de recientes revisiones de casos de alta calidad y de perfil prominente donde han muerto niños, es claro que una buena protección del niño debe siempre incluir un proceso detallado de evaluación. En mi calidad de ex asistente social para la protección de menores, agradezco la presión y el estrés del trabajo, pero aún considero que no hay nada que sustituya una sesión interactiva y creativa con un niño del cual se sospecha que, desde hace tiempo, se lo abusa. Escuchar la voz del niño, a esta altura, puede ser crucial, sobre todo si su asistente social entiende que puede “oírse” a través de su lenguaje corporal, sus expresiones faciales y su conducta, especialmente durante la interacción.

## **Fase dos - Acción e interacción**

El núcleo del modelo regenerativo es la calidad de la vinculación afectiva con el terapeuta y la creatividad de la acción que tiene lugar en las sesiones. La aceptación total del niño es, tal vez, la parte más importante del proceso de apego afectivo, pero debe morigerársela con límites precisos para que el pequeño se sienta seguro y protegido. Es durante este proceso de construcción de un vínculo afectivo que el terapeuta —tanto como el niño— se siente vulnerable. Debe lograrse un acuerdo preliminar sobre la conducta que se considerará aceptable, pero muchos niños abusados sentirán que es necesario llevar dicho acuerdo al límite. Probar estos límites es una parte importante del proceso en el cual la flexibilidad debe ser la clave. La constancia es muy importante, no sólo en materia de reglas de conducta, sino también, en lo atinente a la rutina de las sesiones terapéuticas. El uso de la misma habitación, a la misma hora del día, ayuda a mantener la constancia, al igual que tener a mano los mismos juguetes o equipamiento, aun si se intro-



ducen elementos nuevos. Si se respeta al niño, el equilibrio de poder entre el adulto y el niño debe ser satisfactorio.

Actuar como testigo de la historia del niño es una parte muy importante de la vinculación afectiva y de la terapia. Cuando los niños hablan sobre sí mismos o proyectan su historia en muñecos o animales de juguete, el terapeuta puede reflejar o “espejar” parte de la historia en palabras o acciones, tal vez usando estatuillas o títeres. Conforme el pequeño comienza a expresar sus sentimientos (por lo general, a través del cuerpo, en un principio), el terapeuta puede “duplicar” la posición corporal del niño y verbalizar el sentimiento. Efectuar relaciones cuerpo-mente y reconocerlas evitan la disociación y ayudan a que el niño vuelva a experimentar las etapas de desarrollo que pudieron haber quedado distorsionadas o destruidas por el abuso. Los sentimientos se perciben en el cuerpo y, con la práctica, el niño comprende su conexión con los patrones cerebrales. Lentamente, comienzan a emerger los sentimientos y la identidad; y las conductas destinadas a sobrellevar el abuso disminuyen cuando la personalidad propia del niño empieza a manifestarse.

Con frecuencia, este proceso comienza dentro de la metáfora, únicamente, y pasa algún tiempo hasta que puede contarse una historia más literal. Algunos niños son reacios a salir del trabajo simbólico, sobre todo si han sufrido abusos sexuales. Esta transición jamás debe forzarse, cosa que, además, puede no ser necesaria. Algunos niños jamás pueden decir lo que es inefable; es posible que se vuelvan adultos antes de lograr esa confianza. De todas formas, si pueden trabajar a través de sus sentimientos de manera metafórica y reparar parte del daño evolutivo, el camino para avanzar se les habrá allanado. El uso que estos niños hacen de las artes creativas durante este juego de curación puede ayudarlos a ayudarse a sí mismos en el futuro. Muchos

adultos con vocación artística reconocerán el efecto terapéutico del trabajo que emprenden.

### **Fase tres - La resolución y el factor temporal**

Cualquier tipo de terapia debe tomar en cuenta que las personas son entes en permanente cambio y que cualquier variación que éstas efectúen se verá influida por las circunstancias que atraviesen en cada momento. En los niños abusados, este factor es crucial. Dado que han sufrido, sin duda, un daño en su desarrollo, cualquier “resolución” sólo puede ser un paso hacia su posterior evolución. Conforme esto sucede, el joven puede necesitar una dosis extraordinaria de apoyo. Por ejemplo, un adolescente que normalmente necesita de su cuidador una combinación de confianza y protección, más libertad para experimentar, quizás necesite volver a una conducta infantil temprana durante un tiempo. No es fácil que los cuidadores toleren esta situación, respondan con el afecto físico que necesita un niño pequeño y permitan la libertad que espera la mayoría de los adolescentes.

En mi experiencia, algunos niños que han recibido una terapia que los ha ayudado en sus años de escolaridad inicial suelen necesitar mayor asistencia profesional en la adolescencia. Una sugerencia alternativa es que a los cuidadores que tengan al niño en ese momento se les brinde tanto respaldo como sea necesario, para que *ellos* puedan ayudarlo en este difícil proceso. Por otro lado, es posible anticiparse a los problemas de la adolescencia si se explica a los cuidadores la terapia temprana con niños y se apoya el rol de aquéllos. Algunos cuidadores (incluidos los padres sustitutos y adoptivos) tienen sus propias dificultades de vinculación afectiva, y es posible que necesiten alguna ayuda profesional adicional.

Sin embargo, la mayor parte de los niños traumatizados de más de cinco años que han recibido suficiente terapia que haya empleado el modelo regenerativo deben haber avanzado en las tres áreas: sentimientos, identidad y relaciones. El niño debe ser capaz de responder a sus propias preguntas: “¿Qué siento? ¿Quién soy? ¿Quién eres?”

Los sentimientos del niño se reflejan en su lenguaje corporal, motivo por el cual éste es incongruente con lo que él dice. Todos conocemos a algún niño (sobre todo, un adolescente) que dice, en actitud desafiante: “Muy bien. ¡No me importa!”, mientras su lenguaje corporal dice que sí le importa. Defender los propios sentimientos respecto de la interferencia con los adultos es perfectamente normal. Sin embargo, comprender nuestros propios sentimientos y tener la capacidad de expresarlos si así lo deseamos son habilidades que casi siempre aprendemos en la infancia y que podemos “reaprender” si el trauma sufrido en ese momento interrumpió nuestro aprendizaje.

Una vez conscientes de nuestra variedad de sentimientos, emerge nuestra identidad. Podemos tomar decisiones (como lo demuestran muy bien los niños sanos de dos años) y comenzamos a formar nuestro carácter. Puede verse el conocimiento de la propia identidad en los niños que concurren a terapia cuando deciden descartar la conducta tendiente a sobrellevar el trauma que habían asumido tiempo atrás. Un niño retraído y victimizado se vuelve más asertivo, y uno bravucón y controlador se vuelve más razonable. Por supuesto, los cuidadores se desconciertan cuando su niño de diez años, que antes era sumiso y tímido, se impone por primera vez. Si bien los progenitores pueden, por lo general, manejar dicha conducta en un niño de dos años, las capacidades físicas de uno más grande suelen resultar un factor disuasivo en los padres. Es claro, entonces, que los cuidadores necesitan un respaldo permanente.

La parte final del auto-redesarrollo, la capacidad de forjar, mantener o finalizar relaciones, es una obvia extensión del proceso de vinculación afectiva. Un niño que concurre a terapia puede llegar a formar un vínculo afectivo con el terapeuta con bastante rapidez, pero depende de éste lograr que el equilibrio de poder resulte tan homogéneo como sea posible dentro de los límites fijados por el profesional. Es preciso informar al niño que la relación es temporaria y, antes de que la terapia llegue a su fin, puede que sea útil para el pequeño tener una representación visual de la cantidad de sesiones que faltan para terminar, y que este hecho se comente tanto como sea necesario. Finalizar relaciones suele ser algo que un niño abusado ha experimentado con excesiva frecuencia; y tal hecho ha sido, a menudo, tan doloroso que el niño puede haber desarrollado una fachada de indiferencia. Algunos niños perciben por anticipado este dolor y lo evitan cuando finalizan prematuramente su propia terapia. Explorar la índole dolorosa de la finalización de una relación, con expresiones de sentimientos de ambos lados, constituye una parte útil del propio desarrollo.

## **Los resultados de las investigaciones sobre el modelo regenerativo**

La investigación que he llevado a cabo sobre el modelo regenerativo ha sido, por supuesto, cualitativa según lo muestran los capítulos anteriores; pero cuando se llevaron a cabo los grupos de investigación, se realizaron algunos tests cuantitativos como parte de la evaluación. A fin de medir la autoestima y determinar el sitio de control de los niños, antes y después de la terapia, se les solicitó que llenaran un sencillo formulario con preguntas que se respondían con “sí” o “no”, y que los interrogaba sobre sus puntos de vista sobre sí mismos (Maines y Robinson, 1988). Además, se pidió a sus progenitores/cuidadores que completaran un

formulario de evaluación de conducta antes y después de que los niños se sometieran a la terapia de grupo. Respecto del grupo piloto, se utilizó el test Devereux (Naglieri, Le Buffe y Pfeiffer, 1993). Sin embargo, la evaluación (que, con frecuencia, se emplea en entornos educativos) tiende a concentrarse en problemas y sentimientos negativos, y no brinda una visión general y completa del niño. Cuando se comenta esta evaluación con los cuidadores, los profesionales se dan cuenta de que no existió estímulo para explorar los rasgos y sentimientos positivos del niño. Este hecho no promovía buenas relaciones, ni con los padres ni entre padres e hijos; por este motivo, se empleó un test en el grupo principal en el que se interrogaba a los padres sobre la conducta tanto positiva como negativa: el test de fortalezas y dificultades (Goodman, 1997). Este último test también consideró los puntos de vista de los maestros y de los padres, y ayudó a brindar un panorama aun más completo del niño.

El principal indicador de evaluación, sin embargo, y un índice de cambio en la conducta posterior a la terapia, fue el test sociométrico moreniano que se describió en el capítulo cinco. Las fotografías de algunos de estos sociogramas aparecen a continuación, junto con un comentario sobre su significado. También se brinda aquí un resumen de los tests más formales.

### **Los tests de autoestima y de lugar de control**

La autoestima de todos los niños mejoró un poco luego de su concurrencia a los grupos. En promedio, su puntaje se incrementó en un 2,4 %, y el rango se ubicaba entre 1 y 5 %. Sus conductas perniciosas destinadas a sobrellevar el trauma disminuyeron considerablemente, lo cual pudo verse a través del test de lugar de control, que mostró que un 50 % de los niños volvían a la conducta “normal”, mientras

que la otra mitad manifestó una disminución de sus conductas controladoras o de resultar victimizados.

## **Formularios de evaluación de conducta**

Como mencioné en párrafos anteriores, se consideraba que la escala de Goodman, utilizada en el grupo principal, lograba una evaluación más amplia de la conducta, porque se evaluaban tanto las conductas positivas como las negativas, y porque se consultaba a los maestros y no sólo a los padres. El test Devereux dependía, en gran medida, de la relación existente entre el cuidador y el niño, y era muy probable que ésta se viera afectada por las propias dificultades del cuidador y por la calidad de su parentaje. Un buen ejemplo de este hecho lo constituyó un progenitor que evaluó la conducta de su hijo como “mucho mejor” en el área de autoprotección, pero que estaba mucho menos conforme con la mejora general del niño en cuanto a la confianza en sí mismos. Por supuesto, al padre le resultó muy difícil comprender y afrontar este rasgo.

Sin embargo, el 100 % de los adultos consultados consideraron que se había verificado una mejora en la mayor parte de las áreas de la conducta, sobre todo en cuanto a la autoprotección. Fue muy útil obtener los puntos de vista de los maestros, quienes confirmaron que la conducta había mejorado, si bien en un par de niños aún podían verificarse “nuevas instancias de mejora”. Ambos pequeños habían sufrido otros sucesos traumáticos además del abuso sexual. Por cierto, nosotros estábamos bien al tanto de que algunos de los niños necesitaban mayor respaldo luego de los grupos, a tal punto que uno continuó algunas sesiones conmigo, y otros fueron derivados nuevamente a sus respectivos asistentes sociales.

## Tests sociométricos

Tal como expliqué en el capítulo cinco, he adaptado el test sociométrico de Moreno para mi trabajo con niños. Moreno tenía la idea de que debía alentarse a las personas a observar y las atracciones y repulsiones en relación con los demás, bien sea en sus grupos de trabajo o en agrupaciones sociales. El átomo social o la red de una persona se define por la atracción o repulsión que siente hacia los demás, y este sentimiento recibe en Moreno el nombre de “tele”. Por lo general, se trata de un proceso en ambos sentidos que resalta los sentimientos positivos o negativos entre dos personas y, además, la importancia o fuerza de esos sentimientos. Moreno utilizó por primera vez este test en escuelas donde los maestros se dieron cuenta de que el aprendizaje de los niños se incrementaba cuando se les permitía sentarse en grupos donde existía compatibilidad mutua. En sus experimentos, se requirió a los niños que se cambiaran de un grupo a otro hasta que se sintieran cómodos.

En mi adaptación para el trabajo individual con niños, me di cuenta de que parecen no tener dificultades en la tarea de completar dicho test cuando se proyecta, en miniatura, en pequeñas estatuillas. Ellos las eligen al efecto de representarse y representar su círculo social, y con facilidad incorporan personas que han fallecido o se han mudado; además, con frecuencia, incorporan mascotas. Por lo general, yo realizo comentarios del siguiente estilo: “Elige personas que sean importantes en tu vida, sea que tú las consideres buenas o malas.” También es posible que diga: “Muéstrame cuán cercanos son a ti.” A veces, ellos agregan elementos escenográficos, como grutas o empalizadas, si bien este factor siempre se deja librado a la espontaneidad de cada niño.

También es posible darles la alternativa de dibujar su sociograma en lugar de utilizar las estatuillas. Este recurso

funciona muy satisfactoriamente. Además, es posible emplear este test con adultos que, a menudo, prefieren usar diagramas. Ésta es una forma simple de que consideren su propia situación; pero el aspecto tridimensional de estas figuras, que incluye la significación de cada silueta elegida, puede ser más revelador.

Todos los niños de los grupos mostraron cambios significativos en los sociogramas efectuados antes y después de la terapia, pero dos ejemplos servirán para ilustrar el tipo de diferencias que fueron típicas de todos los niños. Un varón de nueve años y su hermanito menor habían sido abusados por un tío que negaba con pertinacia dicha circunstancia. Algunos parientes también respaldaban los dichos del abusador y proclamaban la inocencia del hombre. Los familiares más cercanos del niño le creyeron a él y a su hermanito, pero el jurado popular emitió un veredicto que lo declaró “inocente”.

Su primer sociograma (efectuado al momento de la evaluación) lo mostraba a él, a su familia inmediata y a otros parientes representados por estatuillas de “personas” amontonadas detrás de una larga empalizada de juguete (que él colocó aun antes de situar las estatuillas). Mientras acomodaba las siluetas, no habló; sólo las colocaba una al lado de la otra. Amenazándolas desde el otro lado de la empalizada, había tres figuras: una gran araña negra en el centro, flanqueada por dos monstruos verdes con forma de insectos (véase la figura 8.1). El niño no explicó a quién representaban los insectos, y no se le preguntó en el momento porque se lo consideró inoportuno. Sin embargo, parecía probable que la araña fuera su abusador, y que los otros dos insectos fueran los principales protectores del abusador dentro de la familia.



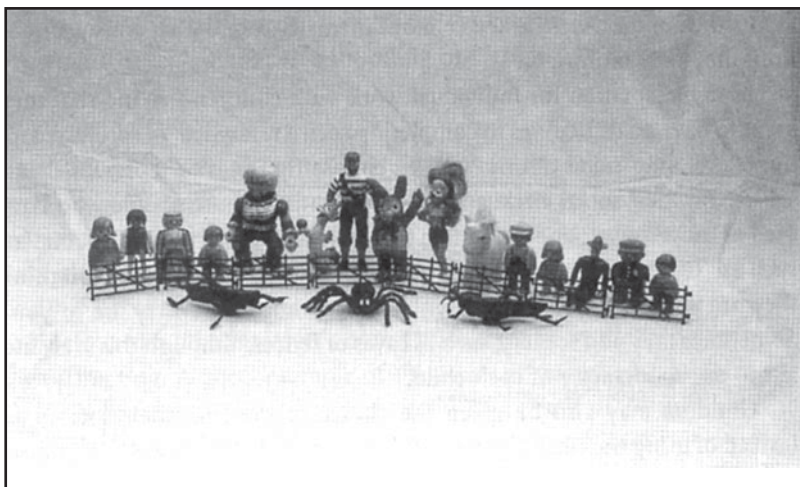


Figura 8.1. Sociograma: niño -  
antes de la terapia de grupo

En su segundo sociograma, seis meses después de finalizadas las sesiones de grupo, podían verse varias diferencias (véase figura 8.2). Él y su familia estaban representados no sólo por figuras de personas, sino por siluetas de animales más grandes y amistosas, pero de aspecto protector; por ejemplo, un león, dos grandes erizos y dos caballos. El niño dijo que el león era él mismo, mientras que una figura de “héroe”, un poco detrás de él, era una persona que le brindaba respaldo, el “tío Dan”. La empalizada había desaparecido, al igual que los (o las) dos secuaces “insectos”. Por el contrario, la araña estaba sola, con cierto aspecto desamparado, a alguna distancia detrás del grupo familiar (y no a la vista de ellos). Esta vez, el niño denominó a la araña “su abusador” y afirmó que no podía borrar lo que había sucedido, pero que lo había dejado atrás en su historia. Pudo elegir entre una gran variedad de figuras y no tuvo acceso a su sociograma anterior, pero tal vez recordaba haber elegido en ese momento a la araña.



Figura 8.2 Sociograma: niño -  
después de la terapia de grupo

Otra niña del grupo, de nueve años, utilizó una cantidad bastante exigua de estatuillas en su primer sociograma (véase la figura 8.3). Eligió un ambiguo cocodrilo blando rosado para representarse a sí misma, y parecía no haber figuras de respaldo cerca, salvo dos amigos de la escuela y su perro. Su madre era una araña rosada de peluche, situada a cierta distancia. Cerca de la periferia del grupo rondaban figuras vestidas con guardapolvos médicos, junto con una reina hada y un oso. Denominó a todos ellos: “los maestros que la ayudaban”. Su hermano abusador era un gran conejo que se ubicaba lejos de ella, cerca de un hermano menor.



Figura 8.3. Sociograma: niña -  
antes de la terapia de grupo



Figura 8.4. Sociograma: niña -  
después de la terapia de grupo

Seis meses más tarde, su sociograma mostraba grandes cambios (véase la figura 8.4). Su madre (que había recibido ayuda de otro grupo de la NSPCC) parecía, al momento de hacer el test, más cercana a ella y estaba representada por la “Mujer Maravilla”. Su padre también se encontraba cerca, pero estaba corporizado por la araña rosada de peluche. Su hermano abusador estaba representado por el cocodrilo blando rosado que antes ella había elegido para personificarse. Me pregunté si la niña había dejado de culparse por el abuso y si había sido capaz de entender el papel que desempeñaba su hermano en los incidentes. Eligió una figura de niña, de aspecto normal, para sí misma; por este motivo, tal vez sentía que parte del estigma del abuso había desaparecido. Su hermano abusador estaba más cerca de ella, pero el mejor amigo de la niña parecía seguir protegiéndola, entre ella y su hermano.

Los cambios en ambos sociogramas podrían explicarse, hasta cierto punto, por el paso del tiempo y los cambios operados en la familia. Por ejemplo, la madre de la niña podía prestarle mucho más apoyo al momento de hacer este test. Pocos aspectos eran los que habían cambiado en los parientes del niño, salvo que el tío Dan había elegido creerle a él en lugar de al resto de la familia. Sin embargo, la comprensión de los sucesos por parte del niño parecía haber cambiado considerablemente, al punto tal de ajustar los acontecimientos en su memoria narrativa. La niña también parecía mostrar un cambio de proporciones en su percepción en el sentido de que ya no arrastraba la culpa que le habían originado los sucesos. Por lo tanto, parece probable que estos niños no fueran a padecer disociaciones cuando tuvieran recuerdos del abuso. Ellos mostraron, en los sociogramas, que eran capaces de interactuar mucho mejor en las relaciones, pauta que podría indicar que se había completado la tercera etapa de su desarrollo.

## Observaciones realizadas durante los grupos

En el transcurso de los grupos, todos los niños demostraron su mejora en las áreas de auto-redesarrollo, como se menciona en la fase tres del modelo. No sólo se trató de relaciones de mejor calidad, como se mencionó en párrafos anteriores, sino que se practicaron y pusieron de manifiesto las dos etapas iniciales, que consisten en la comprensión y expresión de sentimientos. Con la duplicación y el espejamiento durante las sesiones de grupo, los niños aprendieron qué expresaban sus cuerpos. Mediante el uso de títeres y la proyección a través del arte (dibujos y modelados con arcilla), mostraron que estaban más conscientes de su identidad.

En aquel momento, seguían existiendo numerosas áreas para exploración de los niños. Por ejemplo: una niña —que hoy en día se aproxima a la pubertad, y que había sufrido la pérdida de su madre durante sus primeros años— parecía tener alguna dificultad para identificar géneros, como se mencionó en capítulos previos. Este fenómeno podía tener varias explicaciones: podía ser parte de la reestructuración normal adolescente, o bien indicar la posibilidad de una orientación sexual normal pero diferente, o bien que no había abandonado por completo sus conductas destinadas a sobrellevar el trauma luego del abuso, ya que consideraba la conducta masculina (que ella definía como “agresiva”) como un escudo protector. Es posible que, luego de un periodo de ajuste a la finalización del grupo, se volviera menos conflictuada y se aceptara, sin importar cuál fuera su orientación.

Por otro lado, era posible que necesitara mayor ayuda terapéutica mientras transitaba su adolescencia. Tal vez, la experiencia de perder a su madre durante su desarrollo temprano la hubiera hecho más vulnerable al maltrato posterior que perpetró un vecino, que abusó de varios niños cuya

desprotección era el factor común (grupo al cual pertenecía su hermana mayor). Esta experiencia potenciaba sus sentimientos de impotencia, que trataba superar con una actitud agresiva. Cuando trabajamos con niños sexualmente abusados, siempre es importante recordar que se trata de personas completas, en todo el sentido de la palabra, y que el abuso puede abarcar sólo una pequeña parte de su experiencia. El alcance del trauma que produce el abuso depende de muchos otros aspectos de la vida del niño. Tal como lo he afirmado, algunos niños (como la hermana mayor de la niña) pueden verse menos afectados por el abuso debido al estadio de desarrollo en que se encuentran. Otros pueden sentirse menos afectados, porque este trauma no se ve potenciado por otro anterior. Otros pueden sobrellevarlo mucho mejor debido a la forma en que se descubrió su trauma y la manera en que se les brindó ayuda en dicho momento.

### **Comentarios de los niños y sus familias**

Todos los niños fueron entrevistados con sus padres/cuidadores luego de haber concluido las sesiones de grupo, y todos ellos expresaron comentarios positivos sobre el tiempo que les dedicaron. Los comentarios típicos de los niños fueron: “Comencé a mejorar; ya no tengo pesadillas” (niña, diez años); “El grupo era divertido, y me encantó estar en él” (niño, ocho años); “Ahora, puedo clasificar cosas yo solo; el grupo me ayudó” (niña, nueve años); “Extraño a mis amigos del grupo; qué pena que terminó” (niña, once años).

Los comentarios de los cuidadores fueron: “El grupo fue de gran ayuda; he notado cambios en...”; “Se la nota mejor ahora, luego del grupo”; “Está surgiendo su personalidad; tiene más amigos ahora; tiene más confianza”; “El grupo fue magnífico; ella se defiende sola; no hay problemas”.

## Conclusiones

El modelo que he ilustrado se basa en el trabajo de numerosos teóricos y profesionales en funciones, en particular en el campo de la protección infantil. Es una combinación de conocimiento implícito, que puede tenerse que experimentar para comprenderse, y de conocimiento teórico (Fook, 2002). Su eclecticismo puede ser una de sus fortalezas, porque no se apoya en uno o dos teóricos, sino que abarca el trabajo de muchas personas que han observado a jóvenes en entornos naturales durante muchos años. En particular, se basa en mi propia y extensa práctica con jóvenes que han sufrido traumas de muchos tipos, incluido el trauma derivado del abuso sexual. Diría que mi principal inspiración teórica ha sido Moreno, quien tuvo sus primeros pensamientos sobre el psicodrama cuando observaba niños jugando. Las observaciones de Bowlby y Winnicott, a las que he acudido varias veces durante la investigación, también han sido esenciales en la formación del modelo. Mi principal inspiración práctica, sin embargo, han sido los niños con los cuales he tenido el privilegio de trabajar, sobre todo dentro de la investigación, y los experimentados colegas con los que he compartido la práctica.

El modelo es práctico y permite con holgura que el profesional en funciones desarrolle sus propios estilos de trabajo, según su idiosincrasia. Naturalmente, también tiene en cuenta las diferencias de cada niño. He trabajado con niños y colegas de todas las culturas. Si bien este tipo de trabajo es posible y puede ser necesario para algunos pequeños cuando no pueden hallarse profesionales de culturas similares, es importante que el terapeuta y el niño entiendan perfectamente la cultura del otro. Por ejemplo, los vínculos afectivos entre los niños y sus cuidadores pueden ser múltiples y de diferente orden en algunas culturas, detalle que debe recordarse, sobre todo, al momento de la evaluación.



Los profesionales que no conocen las historias y los mitos de una cultura que no sea la suya propia pueden tener dificultades en relacionarse con un niño a través de ese medio. Sin embargo, muchas narraciones (como la de “Cenicienta”, y “La bella y la bestia”) se transmiten en diferentes formas en todo el mundo (véase en Warner, 1994, un detallado comentario sobre este punto). Poco tiempo atrás, en Suecia, descubrí que la historia infantil “Los tres cerditos” (mencionada en capítulos anteriores) era tan conocida allí como en el Reino Unido. Sin embargo, para muchos niños, es la cultura popular de su tiempo, difundida por la televisión y la música popular, lo que brinda la base mutua para trabajar. Se hace necesario estar dispuesto a tomar contacto con la cultura popular; a este respecto, estoy agradecida a mis hijos y nietos.

El modelo puede adaptarse con niños discapacitados; es decir, niños que sufren el prejuicio y la discriminación debido a sus evidentes limitaciones funcionales. Mi propia experiencia en esta área ha sido, en general, con niños con dificultades en el aprendizaje, para quienes el modelo es muy apropiado. Es posible que tengan que introducirse adaptaciones cuando se trate de niños con dificultades físicas, pero, dado que siempre es importante adaptar el modelo de acuerdo con las características de cada niño o grupo, este ajuste no debería presentar problemas. Aquí, tal vez las diferencias se centren en el tipo de juego creativo o artes que serían más fáciles de abordar o más apropiadas, y dado que la creatividad del terapeuta y del niño son esenciales en este abordaje, la creatividad de ambos resolverá este punto.

Una de las áreas de comprensión más esquivas en este trabajo consiste en conocer cuándo un niño está listo y es capaz de responder a la terapia. He ilustrado el hecho de que los niños no pueden responder cuando no se sienten seguros dentro de su entorno íntimo ni dentro de la terapia



misma. En mi experiencia, más que una ausencia simple de peligro, tiene que además existir un entorno más positivo para el niño. Necesitamos recordar que ningún terapeuta cura a los niños: los niños se curan a sí mismos, pero puede ayudárselos a tomar contacto con sus propios mecanismos de curación. Los niños que reciben el apoyo y la contención de cuidadores que los comprenden, o de familiares, amigos y maestros, responden con mayor rapidez y muestran mayores progresos que los que siguen preocupados por la protección de otros miembros de su familia o luchan contra el prejuicio y la incompreensión de su entorno.

El modelo regenerativo devuelve el poder de regeneración a los jóvenes. Sólo procura facilitar el proceso a través del cual los niños que hayan perdido su poder una y otra vez puedan recobrar la voluntad, la fuerza y la creatividad para hacer que su vida vuelva a ser suya.

## **El futuro**

La importancia de trabajar terapéuticamente con niños abusados, sobre todo los que han sido abusados sexualmente por sus cuidadores durante su primera infancia, ha sido ilustrada en este trabajo. Parece claro que la intervención temprana, a fin de reconstruir los procesos de vinculación afectiva, es necesaria para el bienestar psicológico de cada niño. Parece probable que dichas intervenciones puedan estimular la actividad del hemisferio derecho, que a su vez posibilitará que el joven se desarrolle con mayor plenitud. Por supuesto, estos procesos influirán en la siguiente generación de niños, dado que sus padres podrán cuidarlos de forma más positiva.

He comentado las conductas destinadas a sobrellevar el abuso, en las cuales los niños pueden demostrar su victimización, al ser muy dóciles y sumisos, o pueden identificarse con el abusador y volverse muy controladores y abusivos.

La mayoría de los niños sólo pueden prescindir de estas conductas cuando han resuelto sus experiencias traumáticas y avanzan en su desarrollo. Esto puede significar que algunos que sobrellevan el trauma siendo controladores y agresivos abusarán sexualmente de otros niños. Esa conducta no puede ignorarse, por cierto. Puede verse un comentario sobre el tratamiento de adolescentes que abusan sexualmente en O'Callaghan y Print (1994). Ellos puntualizan que la mayoría de las víctimas de adolescentes abusadores son niños mucho más jóvenes que ellos. Con frecuencia, se logra acceso a dichos niños a través de sus hermanos y de otros parientes cuando éstos los están cuidando en ausencia de los padres. Entonces, es posible que sean los cuidadores temporarios los que abusen de estos pequeños —además de los responsables permanentes—, y que se perpetúe el ciclo abusivo.

La conducta abusiva de estos jóvenes debe ser tratada de la manera más efectiva, ayudándolos a controlar su conducta. O'Callaghan y Print afirman:

Se acepta que los abusadores sexuales adolescentes han desarrollado una conducta disfuncional que no se mitiga, por lo general, sólo con el paso del tiempo. Las conductas desviadas y los procesos de pensamiento de los abusadores se originan en experiencias negativas, tales como las diversas formas de abuso en la infancia, lo cual conduce a que el abusador desarrolle profundas necesidades de poder, aceptación y agresión que satisface a través de la conducta sexual abusiva (p. 156).

Sus “experiencias negativas”, por supuesto, pueden implicar el abuso físico, sexual o emocional, y también suelen incluir experiencias en las que los jóvenes han sido testigos de violencia doméstica y abusos en los cuales ellos no han sido las víctimas directas.

Los programas de control de la conducta son, entonces, muy necesarios para los jóvenes cuya conducta abusiva ya se encuentra arraigada, cuando está reforzada mediante la masturbación y cuando las familias no los respaldan o éstas son incapaces de proteger a otros niños victimizados. Sin embargo, uno de los factores clave en la mayor parte del trabajo de rehabilitación con delincuentes, sobre todo los sexuales, es con frecuencia la “comprensión de la víctima”. Esta conducta ayuda al delincuente a invertir roles con su víctima para que aquél pueda entender e identificar los sentimientos de victimización. Si damos por sentado que la mayoría de los delincuentes sexuales han visto dañado su desarrollo temprano debido a que han sufrido algún tipo de abuso o descuido, sabemos que pueden ser incapaces de regular sus propias emociones (debido a problemas de vinculación afectiva), tienen una escasa noción de su propia identidad y les cuesta comprender los sentimientos de los otros. Es probable que no puedan responder a las preguntas: ¿Qué siento? ¿Quién soy? ¿Quién eres tú? Entonces, tal vez sea imposible emprender el trabajo con la comprensión de la víctima, o sea muy difícil para algunos delincuentes o, quizás, respecto de la mayoría de ellos. He trabajado con muchos adolescentes y adultos que, inicialmente, no fueron capaces de invertir roles de manera efectiva.

Por ende, tiene sentido ofrecer programas paralelos de tratamiento a los delincuentes juveniles. Además de un plan que los ayude a regular su conducta ilícita, se les debe proporcionar terapia creativa del estilo postulado por el modelo regenerativo. Esto los ayudará a curarse y a desarrollar su control emocional, su sentido de la identidad y su repertorio de roles, en especial, la empatía con los demás. Es posible que los programas como los descritos por O’Callaghan y Print (*op. cit.*) ya brinden muchos de estos elementos, dado que se refieren a utilizar “técnicas activas,

como la escultura, la duplicación y el desempeño de roles”. También se emplea el desempeño de roles para el tratamiento conductista cognitivo de los delincuentes sexuales (véase Beckett, 1994), para ayudarlos a oír sus propias distorsiones cognitivas.

Puede predecirse que, luego de casos prominentes de abuso sexual infantil, que casi siempre incluyen un secuestro, una muerte o ambos, el público reaccionará con enojo y miedo hacia los que éste denomina “pedófilos”. Dicho término obra como indicación de su enfermedad mental (en el mejor de los casos) o de su perversión irrevocable. Es verdad que los programas para los delincuentes sexuales adultos puedan tener un éxito limitado, sobre todo, en prisiones donde la asistencia depende de la colaboración del sistema carcelario. Si bien debe incrementarse la cantidad de estos programas, y no se les debe escatimar apoyo, es más importante para el futuro que los jóvenes reciban ayuda antes de que se arraigue su conducta desviada. Sus padres no abusadores necesitan más respaldo en la tarea de comprender y asistir a sus hijos, y los jóvenes mismos necesitan intervención terapéutica temprana si la sociedad desea seriamente eliminar el abuso infantil.



## REFERENCIAS



- Adams-Tucker, C. (1981): "A socioclinical overview of 28 sex-abused children", en *Child Abuse and Neglect* 5, 361-367.
- Adams-Tucker, C. (1982): "Proximate effects of sexual abuse in childhood: A report on 28 children", en *American Journal of Psychiatry* 139, 1252-1256.
- Ageton, S. (1983): *Sexual Assault among Adolescents: Part II, the Adolescent Victim*, Toronto, Lexington.
- Ainsworth, M. D. S. (1969): "Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship", en *Child Development* 40, 969-1025.
- Ainsworth, M. D. S.; Blehar, M.; Athers, E., y Wall, S. (1978): *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Hillsdale, Erlbaum.
- American Psychiatric Association (1978): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*, Washington. (Hay versión castellana: *DSM-III. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Barcelona, Masson.)
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, Washington. (Hay versión castellana: *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Barcelona, Masson.)
- Axline, V. M. (1947, reimp. en 1969): *Play Therapy*, Nueva York, Ballantine Books.
- Axline, V. M. (1969): *Play Therapy*, Nueva York, Ballantine Books, 2.<sup>a</sup> ed.



- Bach-y-Rita, P. (1990): "Brain plasticity as a basis for recovery of function in humans", en *Neuro-psychologia* 28, 547-554.
- Bacon, H. (2001): "Attachment, trauma and child sexual abuse: An exploration", en S. Richardson y H. Bacon (eds.): *Creative Responses to Child Sexual Abuse: Challenges and Dilemmas*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Bagley, C. (1996): "A typology of child sexual abuse: Addressing the paradox of interlocking emotional, physical and sexual abuse as causes of adult psychiatric sequels in women", en *Children, Sex and Social Policy*, Aldershot, Avebury.
- Bagley, C. y Thurston, W. E. (1996): *Understanding and Preventing Child Sexual Abuse*, Vol. 2, Aldershot, Arena.
- Bagley, C. y Young L. (1990): "Depression and suicidal behaviours as sequels to sexual abuse in childhood", en M. Rothery y G. Cameron (eds.): *Child Maltreatment: Expanding our Concepts of Helping*, Hillsdale, Erlbaum.
- Bagley, C. y Young L. (1995): "Juvenile prostitution and child sexual abuse: A controlled study", en C. Bagley (ed.): *Child Sexual Abuse and Mental Health in Adolescents and Adults: Canadian and British Perspectives*, Aldershot, Avebury.
- Bannister, A. (1989): "Healing action", en C. Wattam, J. Hughes y H. Blagg (eds.): *Child Sexual Abuse: Listening, Hearing and Validating the Experiences of Children*, Londres, Longman/NSPCC.
- Bannister, A. (1990, reimp. en 1998): *From Hearing to Healing: Working with the Aftermath of Child Sexual Abuse*, Chichester, John Wiley/NSPCC.
- Bannister, A. (1991): "Learning to live again", en P. Holmes y M. Karp (eds.): *Psychodrama: Inspiration and Technique*, Londres, Routledge.

- Bannister, A. (1995): "Images and action", en S. Jennings (ed.): *Dramatherapy with Children and Adolescents*, Londres, Routledge.
- Bannister, A. (1997): *The Healing Drama: Psychodrama and Dramatherapy with Abused Children*, Londres, Free Association Books.
- Bannister, A. (2000): "Prisoners of the family: Psychodrama with abused children", en P. F. Kellermannn y M. K. Hudgins (eds.): *Psychodrama with Trauma Survivors*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Bannister, A. y Huntington, A. (eds.): (2002): *Communicating with Children and Adolescents: Action for Change*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Bannister, A. y Proegers, A. (1983): "Psychodrama in cases of child abuse", en *Journal of Dramatherapy* 7, 1, 23-26.
- Beckett, R. (1994): "Assessment of sex offenders", en T. Morrison, M. Erooga y R. C. Beckett (eds.): *Sexual Offending against Children: Assessment and Treatment of Male Abusers*, Londres y Nueva York, Routledge.
- Bender, L. y Woltman, A. G. (1936): "The use of puppet shows as a psychotherapeutic measure for behavior problem children", en *American Journal of Orthopsychiatry* 6, 341-354.
- Bender, L. y Woltman, A. G. (1937): "Puppetry as a psychotherapeutic measure with problem children", en *Nueva York State Association of Occupational Therapists* 7, 1-7.
- Benward, J. y Densen-Gerber, J. (1975): "Incest as a causative factor in anti-social behaviour: An exploratory study", en *Contemporary Drug Problems* 4, 323-340.
- Bettelheim, B. (1976, reimp. en 1991): *The Uses of Enchantment*, Londres, Penguin. (Hay versión castellana: *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*, Barcelona, Crítica.)

- Bifulco, A.; Brown, G. W., y Harris, T. O. (1994): "Childhood experience of care and abuse (CECA). A retrospective interview measure", en *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 35, 8, 1419-1435.
- Blatner, H. (1973): *Acting-In: Practical Applications of Psychodramatic Methods*, Nueva York, Springer.
- Blatner, A. (1997): *Acting-In: Practical Applications of Psychodramatic Methods*, Nueva York, Springer, 3.<sup>a</sup> ed.
- Bolen, R. M.; Russell, D. E. H., y Scannapieco, M. (2000): "Child sexual abuse prevalence: A review and re-analysis of relevant studies", en C. Itzin (ed.): *Home Truths About Child Sexual Abuse: Influencing Policy and Practice*, Londres, Routledge.
- Bowlby, J. (1953): *Child Care and the Growth of Love*, Harmondsworth, Pelican Books.
- Bowlby, J. (1969): *Attachment and Loss*, Vol. 1: *Attachment*, Londres, Tavistock. (Hay versión castellana: *El apego y la pérdida*, Barcelona, Paidós.)
- Briere, J. (1984): "The effects of childhood sexual abuse on later psychological functioning: Defining a post-sexual abuse syndrome", trabajo científico presentado en la Tercera Conferencia Nacional sobre Victimización Sexual de Niños, Washington.
- Briere, J. y Runtz, M. (1986): "Suicidal thoughts and behaviours in former sexual abuse victims", en *Canadian Journal of Behavioural Science* 18, 413-423.
- Briere, J. y Runtz, M. (1988): "Post sexual abuse trauma", en G. E. Wyatt y G. J. Powell (eds.): *Lasting Effects of Child Sexual Abuse*, Londres, Sage.
- Briere, J.; Evans, D.; Runtz, M., y Wall, T. (1988): "Symptomatology in men who were molested as children: A comparison study", en *American Journal of Orthopsychiatry* 58, 457-461.

- Bronfenbrenner, U. (1979): *The Ecology of Human Development*, Cambridge, Harvard University Press.
- Burgess, A. W.; Hartman, C. R., y McCormack, A. (1987): "Abused to abuser: Antecedents of socially deviant behaviours", en *American Journal of Psychiatry* 144, 1, 431-436.
- Burr, V. (1995): *An Introduction to Social Constructionism*, Londres, Routledge.
- Butler-Sloss, E. (1988): *Report of the Inquiry into Child Abuse in Cleveland 1987*, Londres, HMSO.
- Cairns, K. (1999): *Surviving Paedophilia*, Stoke on Trent, Trentham Books.
- Carbonell, D. M. y Partelano-Barehmi, C. (1999): "Psychodrama groups for girls coping with trauma", en *International Journal of Group Psychotherapy* 49, 3, 285-306.
- Cattanach, A. (1992): *Play Therapy with Abused Children*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Cattanach, A. (1997): *Children's Stories in Play Therapy*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Cawson, P. (2002): *Child Maltreatment in the Family: The Experience of a National Sample of Young People*, Londres, NSPCC.
- Chesner, A. (2002): "Playback theatre and group communication", en A. Chesner y H. Hahn (eds.): *Creative Advances in Groupwork*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Chimera, C. (2002): "The yellow brick road", en A. Bannister y A. Huntington (eds.): *Communicating with Children and Adolescents: Action for Change*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Citron, C. (2002): "Touch me - No! Creative therapies with young sexually abused children", en A. Bannister y A. Huntington (eds.): *Communicating with Children and*

- Adolescents: Action for Change*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Colton, M. y Vanstone, M. (1996): *Betrayal of Trust*, Londres, Free Association Books.
- Constantine, L. L. (1980): "Effects of early sexual experiences: A review and synthesis of research", en L. L. Constantine y F. M. Martinson (eds.): *Children and Sex: New Findings, New Perspectives*, Boston: Little, Brown.
- Conte, J. R. y Schuerman, J. R. (1988): "The effects of sexual abuse on children", en G. E. Wyatt y G. J. Powell (eds.): *Lasting Effects of Child Sexual Abuse*, Londres, Sage.
- Cox, M. y Theilgaard, A. (1987): *Mutative Metaphors in Psychotherapy: The Aeolian Mode*, Londres, Tavistock.
- Curtis, S. (2002): "Providing dance movement therapy within a mainstream school", en A. Bannister y A. Huntington (eds.): *Communicating with Children and Adolescents: Action for Change*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Damasio, A. (2000): *The Feeling of What Happens: Body, Emotion and the Making of Consciousness*, Londres, Vintage.
- Dixen, J. y Jenkins, J. O. (1981): "Incestuous child sexual abuse: A review of treatment strategies", en *Clinical Psychology Review*, 1, 211-222.
- Doran, C. y Brannan, C. (1996): "Institutional abuse", en P. Bibby (ed.): *Organised Abuse*, Aldershot, Arena.
- Eichenbaum, L. y Orbach, S. (1982): *Outside In, Inside Out, Women's Psychology: A Feminist Psychoanalytic Approach*, Harmondsworth, Pelican.
- Emunah, R. (1995): "From adolescent trauma to adolescent drama: Group drama therapy with emotionally disturbed youth", en S. Jennings (ed.): *Dramatherapy with Children and Adolescents*, Londres, Routledge.

- Erikson, E. (1950): *Childhood and Society*, Nueva York, Norton (reimp. en 1977, Paladin). (Hay versión castellana: *Infancia y sociedad*, Buenos Aires, Lumen-Hormé.)
- Fahlberg, V. (1994): *A Child's Journey through Placement*, Londres, BAAF.
- Farmer, C. (1998): "The psychodramatic treatment of depression", en M. Karp, P. Holmes y K. Bradshaw-Tauvon: *The Handbook of Psychodrama*, Londres y Nueva York, Routledge.
- Ferenczi, S. (1955): "Confusion of tongues between adults and the child", en *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis*, Nueva York, Basic Books.
- Finkelhor, D. (1984): *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*, Nueva York, Free Press.
- Finkelhor, D. (1994): "Current information on the scope and nature of child sexual abuse: The future of children", en *Sexual Abuse of Children* 4, 2, 31-53.
- Finkerhor, D.; Hotaling, G.; Lewis L., y Smith, G. (1989): "Sexual abuse and its relationship to later sexual satisfaction, marital status, religion and attitudes", en *Journal of Interpersonal Violence* 4, 379-399.
- Fook, J. (2002): "Theorizing from practice: Towards an inclusive approach for social work research", en *Qualitative Social Work* 1, 1, 79-95.
- Fox, J. (1987): *The Essential Moreno*, Nueva York, Springer.
- Friedrich, W. N. (1988): "Behaviour problem in sexually abused children", en G. E. Wyatt y G. J. Powell (eds.): *Lasting Effects of Child Sexual Abuse*, Londres, Sage.
- Friedrich, W. N. (1995): *Psychotherapy with Sexually Abused Boys*, Thousand Oaks, Sage.
- Gagani, E. y Grieve, S. (2002): "Let's make a bridge: Working in action with autistic children", en A. Bannister y A.

- Huntington (eds.): *Communicating with Children and Adolescents: Action for Change*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Gagnon, J. (1965): "Female child victims of sex offenses", en *Social Problems* 13, 176-192.
- Gelinas, D. J. (1983): "The persisting negative effects of incest", en *Psychiatry* 46, 312-332.
- Gersie, A. (1987): "Dramatherapy and play", en S. Jennings (ed.): *Dramatherapy: Theory and Practice for Teachers and Clinicians*, Londres, Croom Helm.
- Gersie, A. (1992): *Earthtales*, Londres, Greenprint (Merlin Press).
- Glaser, D. (2000): "Child abuse and neglect and the brain - A review", en *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41, 1, 97-116.
- Goodman, R. (1997): "The strengths and difficulties questionnaire: A research note", en *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38, 5, 581-586.
- Grimshaw, D. (1995): "Shall I be mother? The development of the role of the dramatherapist and reflections on transference/counter-transference", en S. Jennings (ed.): *Dramatherapy with Children and Adolescents*, Londres, Routledge.
- Herman, J. L. (1981): *Father-Daughter Incest*, Cambridge, Harvard University Press.
- Herman, J. L. (1992; reimp. en 1998): *Trauma and Recovery: From Domestic Abuse to Political Terror*, Londres, Pandora.
- Herman, J. L. y Hirschman, L. (1977): "Father-daughter incest", en *Signs* 1, 1-22.
- Herman, J. L. y Van der Kolk, B. A. (1987): "Traumatic antecedents of borderline personality disorder", en B. A.

- van der Kolk (ed.): *Psychological Trauma*, Washington, American Psychiatric Press.
- Holmes, P. (1992): *The Inner World Outside: Object Relations Theory and Psychodrama*, Londres, Routledge.
- Holmes, P. (2002): "The use of action methods in the treatment of the attachment difficulties of long-term fostered and adopted children", en A. Bannister y A. Huntington (eds.): *Communicating with Children and Adolescents: Action for Change*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Holmes, P. y Karp, M. (eds.): (1991): *Psychodrama: Inspiration and Technique*, Londres, Routledge.
- Horwath, J. (ed.): (2000): *The Child's World: Assessing Children in Need*, Londres, Department of Health/NSPCC/Sheffield University.
- Howe, D. (1993): *On Being a Client*, Londres, Sage.
- Howe, D. (1995): *Attachment Theory for Social Work Practice*, Basingstoke, MacMillan.
- Howe, D. (2000): "Attachment", en J. Horwath (ed.): *The Child's World: Assessing Children in Need*, Londres, Department of Health/NSPCC/Sheffield University.
- Hudgins, M. K. (1998): "Experiential psychodrama with sexual trauma", en L. S. Greenberg; G. Lietaer, y J. C. Watson (eds.): *Handbook of Experiential Psychotherapy*, Nueva York, Guilford Press.
- Hudgins, M. K. (2000): "The therapeutical spiral model: Treating PTSD in action", en P. F. Kellermannn y M. K. Hudgins (eds.): *Psychodrama with Trauma Survivors*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Hudgins, M. K. y Drucker, K. (1998): "The containing double as part of the Therapeutic Spiral Model for treating trauma survivors", en *The International Journal of Action Methods* 51, 63-74.



- Hudgins, M. K.; Drucker, K., y Metcalf, K. (2000): "The containing double: A clinically effective psychodrama intervention for PTSD", en *The British Journal of Psychodrama and Sociodrama* 15, 1, 58-77.
- Itzin, C. (2000): *Home Truths about Child Sexual Abuse: Influencing Policy and Practice - A Reader*, Londres, Routledge.
- Janet, P. (1919): *Psychological Healing*, Vol. 1, Nueva York, Macmillan.
- Janoff-Bullman, R. (1985): "The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions", en C. Figley (ed.): *Trauma and its Wake*, Nueva York, Brunner/Mazel.
- Jennings, S. (ed.): (1975): *Creative Therapy*, Londres, Pitman Publishing.
- Jennings, S. (ed.): (1987): *Dramatherapy: Theory and Practice for Teachers and Clinicians*, Beckenham, Croom Helm.
- Jennings, S. (ed.): (1993): *Play Therapy with Children: A Practitioner's Guide*, Londres, Blackwell Scientific.
- Jennings, S. (ed.): (1995): *Dramatherapy with Children and Adolescents*, Londres, Routledge.
- Jennings, S. y Hickson, A. (2002): "Pause for thought: Action or stillness with young people", en A. Bannister y A. Huntington (eds.): *Communicating with Children and Adolescents: Action for Change*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Kagan, J. (1991): "A conceptual analysis of the affect", en *Journal of the American Psychoanalytic Association* 39, 109-130.
- Kahn, T. y Chambers, H. (1991): "Assessing reoffense risk with juvenile sexual offenders", en *Child Welfare* 70, 333-345.

- Kaprow, A. (1993): *Essays on the Blurring of Art and Life*, Berkeley y Los Ángeles, University of California Press.
- Karp, M.; Holmes, P., y Bradshaw-Tauvon, K. (1998): *The Handbook of Psychodrama*, Londres, Routledge.
- Kazdin, A. E. (1994): "Psychotherapy for children and adolescents", en A. E. Bergin y S. L. Garfield (eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, Nueva York, Wiley, 4.<sup>a</sup> ed.
- Kellermannn, P. F. y Hudgins, M. K. (eds.): (2000): *Psychodrama with Trauma Survivors: Acting Out Your Pain*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Kempe, C. H.; Silverman, F. N.; Steele, D. F.; Droegemueller, W., y Wilver, H. K. (1962): "The battered child syndrome", en *Journal of the American Medical Association* 181, 17-24.
- Klein, M. (1975): *Collected Works*, Vol. 1: *Love, Guilt and Reparation*, Londres, Hogarth Press. (Hay versión castellana: *Amor, culpa y reparación*, Barcelona, Paidós.)
- Kolb, L. C. (1987): "Neurophysiological hypothesis explaining post-traumatic stress disorder", en *American Journal of Psychiatry* 144, 989-995.
- Krystal, J. H.; Kosten, T. R.; Perry, B. D.; Southwick, S.; Mason, J. W., y Giller, E. L. (1989): "Neurobiological aspects of PTSD: Review of clinical and preclinical studies", en *Behaviour Therapy* 20, 177-198.
- Landis, J. (1956): "Experiences of 500 children with adult sexual deviants", en *Psychiatric Quarterly Supplement* 30, 91-109.
- Langer, K. G. (1992): "Psychotherapy with the neuropsychologically impaired adult", en *American Journal of Psychotherapy* 46, 620-639.
- Leichtman, M. (1992): "Psychotherapeutic interventions with brain-injured children and their families: ii. Psy-

- chotherapy", en *Bulletin of the Menninger Clinic* 56, 338-360.
- Lindberg, F. H. y Distad, L. J. (1985): "Post-traumatic stress disorders in women who experienced childhood incest", en *Child Abuse and Neglect* 9, 329-334.
- Lusk, R. y Waterman, J. (1986): "Effects of sexual abuse on children", en K. Macfarlane; J. Waterman; S. Conerly; L. Damon; M. Durfee, y S. Long (eds.): *Sexual Abuse of Young Children*, Londres, Holt, Rinehart and Winston.
- Luxmoore, N. (2002): "Can we do something? Young people using action methods to support each other in school", en A. Bannister y A. Huntington (eds.): *Communicating with Children and Adolescents: Action for Change*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Lyle, J. y Holly, S. (1941): "The therapeutic value of puppets", en *Bulletin of the Menninger Clinic* 5, 223-226.
- Main, M. y Solomon, J. (1986): "Discovery of an insecure-disorganised/disorientated attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behaviour", en T. B. Brazelton y M. W. Yogman (eds.): *Affective Development in Infancy*, Norwood, Ablex.
- Maines, B. y Robinson, G. (1988): *B/G-Steem: A Self-esteem Scale with Locus of Control Items*, Bristol, Lucky Duck Publications.
- Mehdi, P. R.; Sen, M. D. P., y Sen, A. K. (1997): "The effectiveness of psychodrama in changing the attitudes among depressed patients", en *The Journal of Personality and Clinical Studies* 13, 1-2, 19-23.
- Miller, A. (1987): *For Your Own Good: The Roots of Violence in Child-Rearing*, Londres, Virago.
- Mollon, P. (1996): *Multiple Selves, Multiple Voices: Working with Trauma, Violation and Dissociation*, Chichester, Wiley.

- Moreno, J. L. (1977): *Psychodrama*, Vol. 1, Nueva York, Beacon House, 5.ª ed. (Hay versión castellana: *Psicodrama*, Buenos Aires, Lumen-Hormé.)
- Moreno, J. L. (1993): *Who Shall Survive?*, McLean, ASGPP.
- Moreno, J. L. y Moreno, F. B. (1944): *Spontaneity Theory of Child Development*, Psychodrama Monographs N. 8, Nueva York, Beacon House.
- Moustakas, C. (1953): *Children in Play Therapy*, Nueva York, McGraw Hill.
- Naglieri, J. A.; Le Buffe, P. A., y Pfeiffer, S. I. (1993): *Devereux Behaviour Rating Scale: School Form Manual*, San Antonio, Harcourt Brace and Co.
- Newman, F. y Holzman, L. (1993): *Lev Vygotsky: Revolutionary Scientist*, Londres y Nueva York, Routledge.
- O'Callaghan, D. y Print, B. (1994): "Adolescent sexual abusers: Research, assessment and treatment", en T. Morrison; M. Erooga, y R. C. Beckett (eds.): *Sexual Offending Against Children: Assessment and Treatment of Male Abusers*, Londres y Nueva York, Routledge.
- Panksepp, J.; Siviy, S. M., y Normansell, L. A. (1985): "Brain opioids and social emotions", en M. Reite y T. Field (eds.): *The Psychobiology of Attachment and Separation*, Orlando, Academic Press.
- Parton, N. y Wattam, C. (1999): *Child Sexual Abuse: Responding to the Experiences of Children*, Chichester, Wiley/NSPCC.
- Payne, H. (1993): "Directory of arts therapies research", en H. Payne (ed.): *Handbook of Inquiry in the Arts Therapies: One River, Many Currents*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Pearson, J. (ed.) (1996): *Discovering the Self through Drama and Movement: The Sesame Approach*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.

- Pearson, Q. M. (1994): "Treatment techniques for adult female survivors of childhood sexual abuse", en *Journal of Counseling and Development* 73, 1, 32-37.
- Peters, S. D. (1988): "Child sexual abuse and later psychological problems", en G. E. Wyatt y G. J. Powell (eds.): *Lasting Effects of Child Sexual Abuse*, Londres, Sage.
- Piaget, J. y Inhelder, B. (1969): *The Psychology of the Child*, Trowbridge, Basic Books. (Hay versión castellana: *Psicología del niño*, Madrid, Morata.)
- Pitzele, P. (1991): "Adolescents inside out: Intrapsychic psychodrama", en P. Holmes y M. Karp (eds.): *Psychodrama, Inspiration and Technique*, Londres, Routledge.
- Pomeroy, W. (1968): *Boys and Sex*, Nueva York, Delacorte.
- Prior, S. (1996): *Object Relations in Severe Trauma: Psychotherapy of the Sexually Abused Child*, Nueva Jersey y Londres, Jason Aronson.
- Prodgers, A. (1984): "Psychopathology of the physically abusing parent: A comparison with the borderline syndrome", en *International Journal of Child Abuse and Neglect* 8, 411-424.
- Pynoos, R. S.; Steinberg, A. M., y Goenjian, A. (1996): "Traumatic stress in childhood and adolescence: Recent developments and current controversies", en B. A. van der Kolk; A. C. Mcfarlane, y L. Weisaeth (eds.): *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, Londres y Nueva York, The Guilford Press.
- Ragsdale, K. G.; Cox, R. D.; Finn, P., y Eisler, R. M. (1996): "Effectiveness of short-term specialized inpatient treatment for war-related Post Traumatic Stress Disorder: A role for adventure-based counseling and psychodrama", en *Journal of Traumatic Stress* 9, 2, 269-283.

- Ramey, J. (1979): "Dealing with the last taboo", *SEICUS* 7, 1-2, 6-7.
- Rapkin, A. J.; James, L. D.; Darke, L. L.; Stampler, F. M., y Naliboff, B. D. (1990): "History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain", en *Obstetric Gynaecology* 76, 92.
- Reiter, R. C. y Gambone, J. C. (1989): "Demographic and historical variables in women with idiopathic chronic pelvic pain", en *Obstetric Gynaecology* 75, 428-432.
- Richardson, S. y Bacon, H. (eds.): (2001): *Creative Responses to Child Sexual Abuse: Challenges and Dilemmas*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Rimsza, M. E.; Berg, R. A., y Locke, C. (1988): "Sexual abuse: Somatic and emotional reactions", en *Child Abuse and Neglect* 12, 201-208.
- Rogers, C. M. y Terry, T (1984): "Clinical intervention with boy victims of sexual abuse", en I. Stuart y J. Greer (eds.): *Victims of Sexual Aggression*, Nueva York, Van Nostrand Reinhold.
- Rogers, C. R. (1951): *Client Centered Therapy*, Londres, Constable. (Hay versión castellana: *Psicoterapia centrada en el cliente*, Buenos Aires, Paidós.)
- Ruiz Lazaro, P. M.; Velilla Picazo, J. M., y Bonals Pi, A. (1996): "Psychodrama group therapy in school children from an infantile psychiatric unit", en *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 3, 207-211.
- Rutter, M. (1981): *Maternal Deprivation Re-assessed*, Harmondsworth, Penguin Books.
- Ryan, G. y Lane, S. (eds.): (1991): *Juvenile Sexual Offending - Causes, Consequences and Corrections*, Lexington, Lexington Books.

- Ryan, G.; Lane, S.; Davis, J., e Isaac, C. (1987): "Juvenile sex offenders: Development and correction", en *Child Abuse and Neglect* 11, 385-395.
- Sanderson, C. (1995): *Counselling Adult Survivors of Child Sexual Abuse*, Londres, Jessica Kingsley Publishers, 2.a ed.
- Saxe, G.; Chinman, G.; Berkovitz, R.; Hall, K.; Lieberg, G.; Schwartz, J., y Van der Kolk, B. A. (1994): "Somatization in patients with dissociative disorders", en *American Journal of Psychiatry* 151, 1329-1335.
- Scarinci, I. C.; McDonald-Haile, J.; Bradley, L. A., y Richter, J. E. (1994): "Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorders and history of abuse: A preliminary model", en *American Journal of Medicine* 97, 108-118.
- Schacht, A. J.; Kerlinsky, D., y Carlson, C. (1990): "Group therapy with sexually abused boys: Leadership, projective identification and countertransference issues", en *International Journal of Group Psychotherapy* 40, 4, 401-417.
- Schechter, M. D. y Roberge, L. (1976): "Sexual exploitation", en R. E. Helfer y C. H. Kempe (eds.): *Child Abuse and Neglect: The Family and the Community*, Cambridge, Ballinger.
- Schore, A. N. (1994): *Affect Regulations and the Origin of the Self*, Hillsdale y Hove, Lawrence Erlbaum.
- Schore, A. N. (1997a): *The Neurodevelopmental Aspects of Projective Identification*, trabajo científico presentado en Psicoanálisis en la Conferencia Nacional de la Asistencia Social Clínica, Seattle.
- Schore, A. N. (1997b): "Early organization of the non-linear right brain and development of a predilection to

- psychiatric diseases”, en *Developmental Psychopathology* 9, 4, 559-631.
- Sgroi, S. M. (1982): *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse*, Lexington, Lexington Books.
- Sheldon, H. y Bannister A. (1992): “Working with adult female survivors of childhood sexual abuse”, en A. Bannister (ed.): *From Hearing to Healing: Working with the Aftermath of Child Sexual Abuse*, Harlow, Longman.
- Skuse, D.; Bentovim, A.; Hodges, J.; Stevenson, J.; Andreou, C.; Lanyada, M.; New, M.; Williams, B., y McMillan, D. (1998): “Risk factors for development of sexually abusive behaviour in sexually victimized adolescent boys: Cross sectional study”, en *British Medical Journal* 317, 175-179.
- Slade, P. (1995): *Childplay: Its Importance for Human Development*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Smith, C. y Woodhead, K. (1999): “Justice for children”, en N. Parton y C. Wattam *Child Sexual Abuse: Responding to the Experiences of Children*, Chichester, Wiley/NSPCC:
- Smith, G. (2002): “Freeing the self: Using psychodrama techniques with children and adolescents who stammer”, en A. Bannister y A. Huntington (eds.): *Communicating with Children and Adolescents: Action for Change*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Spanos, N. (1994): “Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective”, en *Psychological Bulletin* 116, 143-165.
- Steele, B. F. y Alexander, H. (1981): “Long-term effects of sexual abuse in childhood”, en P. B. Mrazek y C. H. Kempe (eds.): *Sexually Abused Children and their Families*, Nueva York, Pergamon Press.



- Stern, D. N. (2002): *The First Relationship*, Cambridge y Londres, Harvard University Press.
- Summit, R. (1983): "The child sexual abuse accommodation syndrome", en *Child Abuse and Neglect* 7, 177-193.
- Terr, L. (1988): "What happens to early memories of trauma? A study of twenty children under age five at the time of documented traumatic events", en *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27, 96-104.
- Toomey, T. C.; Hernández, J. T.; Gitterlman, D. F., y Hulka, J. F. (1993): "Relationship of sexual and physical abuse to pain and psychological assessment variables in chronic pelvic pain patients", en *Pain* 53, 105-109.
- Tsai, M.; Feldman-Summers, S., y Edgar, M. (1979): "Childhood molestation: Variables related to differential impacts of psychosexual functioning in adult women", en *Journal of Abnormal Psychology* 88, 407-417.
- Turner, S. W.; McFarlane, A. C., y Van der Kolk, B. A. (1996): "The therapeutic environment and new explorations in the treatment of post-traumatic stress disorder", en B. A. van der Kolk; A. C. McFarlane, y L. Weisaeth (eds.): *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, Nueva York y Londres, The Guilford Press.
- Van der Kolk, B. A. (1996): "The complexity of adaptation to trauma", en B. A. van der Kolk; A. C. Mcfarlane, y L. Weisaeth (eds.): *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, Nueva York y Londres, The Guilford Press.
- Van der Kolk, B. A.; McFarlane, A. C., y Weisaeth, L. (eds.): (1996): *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, Nueva York y Londres, The Guilford Press.

- Van der Kolk, B. A.; Perry, C., y Herman, J. L. (1991): "Childhood origins of self-destructive behaviour", en *American Journal of Psychiatry* 148, 1665-1671.
- Van der Kolk, B. A.; Roth, S.; Pelcovitz, D., y Mandel, F. (1993): *Disorders of Extreme Stress: Results of the DSM-IV Field Trials for PTSD*, Washington, American Psychiatric Association.
- Vygotsky, L. (1934; reimp. en 1962): *Thought and Language*, Cambridge, MIT Press. (Hay versión castellana: *Pensamiento y lenguaje*, Madrid, Visor.)
- Vygotsky, L. (1978): *Mind in Society*, Cambridge, Harvard University Press.
- Walker, E.; Katon, W.; Harrop-Griffiths, J.; Holm, L.; Russo, J., y Hickok, L. R. (1988): "Relationship of the chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse", en *American Journal of Psychiatry* 145, 75-79.
- Waller, G. (1994): "Childhood sexual abuse and borderline personality disorder in the eating disorders", en *Child Abuse and Neglect* 18, 97-101.
- Waller, G.; Ruddock, A., y Cureton, S. (1995): "Cognitive correlates of reported sexual abuse in eating-disordered women", en *Journal of Interpersonal Violence* 10, 176-187.
- Warner, M. (1994): *From the Beast to the Blonde: On Fairytales and their Tellers*, Londres, Chatto and Windus.
- West, J. (1992): *Child-Centered Play Therapy*, Londres, Edward Arnold.
- Wilson, K.; Kendrick P., y Ryan, V. (1992): *Play Therapy: A Non-directive Approach for Children and Adolescents*, Londres, Bailliere Tindal.
- Winn, L. (1994): *Post-traumatic Stress Disorder and Dramatherapy*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.

- Winnicott, D. W. (1964): *The Child, the Family, and the Outside World*, Harmondsworth, Penguin. (Hay versión castellana: *El niño y el mundo externo*, Buenos Aires, Lumen-Hormé.)
- Winnicott, D. W. (1971; reimp. en 1974 y en 1996): *Playing and Reality*, Londres, Tavistock; Harmondsworth, Pelican; Londres, Routledge. (Hay versión castellana: *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa.)
- Woltman, A. G. (1943): "Puppetry as a means of psychotherapy", en R. B. Wynn *Encyclopaedia of Child Guidance*, Nueva York, Philosophical Library.
- Woodhead, M. (1997): "Psychology and the cultural construction of children's needs", en A. James y A. Proust (eds.): *Constructing and Reconstructing Childhood*, Londres, Falmer Press.
- Wyre, R. (2000): "Paedophile characteristics and patterns of behaviour: Developing a typology", en C. Itzin (ed.): *Home Truths about Child Sexual Abuse: Influencing Policy and Practice - A Reader*, Londres, Routledge.
- Young, L. (1992): "Sexual abuse and the problem of embodiment", en *Child Abuse and Neglect* 16, 89-100.

**Lista de tablas y figuras**

Figura 1.1. Un modelo para trabajar  
con niños que han sido sexualmente  
abusados..... 15

Tabla 4.1. El desorden de estrés postraumático  
complejo en niños ..... 97

Figura 8.1. Sociograma: niño - antes de la  
terapia de grupo ..... 216

Figura 8.2. Sociograma: niño - después de la  
terapia de grupo ..... 217

Figura 8.3. Sociograma: niña - antes de la  
terapia de grupo ..... 218

Figura 8.4. Sociograma: niña - después de la  
terapia de grupo ..... 218



## Índice

AGRADECIMIENTOS . . . . .	5
NOTA . . . . .	7
Capítulo I.    Cómo evolucionó el modelo regenerativo . . . . .	9
Capítulo II.   La reparación del daño . . . . .	31
Capítulo III.  Las terapias creativas y sus usos . . . . .	57
Capítulo IV.   ¿Por qué son los niños tan vulnerables? . . . . .	91
Capítulo V.    Trabajo individual con niños sexualmente abusados . . . . .	113
Capítulo VI.   Trabajo grupal con niños sexualmente abusados . . . . .	145
Capítulo VII.  Otras aplicaciones de las terapias creativas con niños traumatizados . . . . .	175
Capítulo VIII. Síntesis del modelo regenerativo . . . . .	197
REFERENCIAS . . . . .	229
LISTA DE TABLAS Y FIGURAS . . . . .	251